

Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria

Jesús Varela Mallou, Antonio Rial Boubeta y Eduardo García Cueto*
Universidad de Santiago de Compostela y * Universidad de Oviedo

Alcanzar una medida fiable y válida de la satisfacción de los usuarios con un servicio es una de las mayores preocupaciones para cualquier gestor. En el caso de un servicio sanitario se ha demostrado además que la satisfacción de los pacientes incide en la adherencia al tratamiento y en los resultados a nivel clínico. En este estudio, a partir de la realización de una encuesta personal a 1.976 usuarios de casi un centenar de centros de salud de la comunidad gallega, se ha intentado desarrollar una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria que posea unas características psicométricas aceptables, que recoja las principales dimensiones de este tipo de servicios y, al mismo tiempo, que sea breve y de fácil aplicación. Los resultados obtenidos permiten presentar una escala de 11 ítems con una buena fiabilidad ($\alpha = 0.82$) y validez, y con amplias posibilidades a nivel de gestión, ya que permite hacer un primer diagnóstico del funcionamiento de un centro de salud.

Presentation of a satisfaction scale with Primary Health Care Services. To obtain a reliable and valid measure of the users satisfaction with a service is one of the main concerns to the managers. In the case of health services is proved that patient satisfaction affects to treatment adherence and clinical outcomes. In this study, from a survey of 1.976 users and one hundred of health centers in Galicia (Spain), a satisfaction scale with primary health services has been developed. This scale has an acceptable psychometric properties, gather the major dimensions of these services, and at the same time it is short and easy to apply. The results allows us to present a 11-items scale with a good reliability ($\alpha = 0.82$) and validity, and with large possibilities in order to manage health services, providing an initial diagnostic of health centers.

Uno de los retos de la sociedad del siglo XXI es la apuesta por la calidad. En la industria, en la enseñanza, en el turismo, en el comercio y también en la sanidad. Esta filosofía pone el acento en el usuario; cambia el punto de vista del gestor, por la mirada y el sentir de los ciudadanos, se esfuerza por conocer su satisfacción, la calidad que atribuyen a los distintos servicios e infraestructuras, para gestionar mejor los recursos disponibles. Es la filosofía del marketing de servicios, que enfatiza el concepto de intercambio: el ciudadano paga unos impuestos, genera unas expectativas y demanda unos servicios, los recibe y termina sintiéndose o no satisfecho con ellos, añadiendo a ello su fidelidad, implicación y reconocimiento o bien sus quejas.

Responsables políticos y gestores de servicios de salud se han ido dando cuenta progresivamente de que el paciente es un *cliente* de una empresa de servicios sanitarios. Ello ha desembocado en un nuevo modelo o forma de concebir la atención sanitaria. Es el llamado *modelo biopsicosocial*, bajo el cual la mejora de la calidad asistencial debe tener en cuenta las necesidades y percepciones

del usuario o paciente. Hoy en día se asume que para una empresa el hecho de disponer de indicadores de calidad de sus productos y/o servicios, así como de la satisfacción de sus clientes o usuarios, resulta fundamental para mejorar su capacidad competitiva (Aaker, 1992; EFQM, 1999). Si esto es válido para empresas privadas con fines puramente lucrativos, también lo será para organizaciones sanitarias de carácter público. En el ámbito sanitario el *enfoque de la calidad* asume que el cliente o paciente es el juez final e inapelable de las actividades de gestión. Los índices de calidad-satisfacción representan, en este sentido, un activo sobre el cual pivota la rentabilidad y crecimiento empresarial o, en este caso, la confianza del ciudadano en los servicios que se le prestan, la imagen de la sanidad pública e, incluso, la adherencia a un tratamiento médico y sus resultados a nivel clínico (Pascoe, 1983; Ibern, 1992).

Sin embargo, obtener una medida fiable y válida de la calidad percibida de un servicio o de la satisfacción de sus usuarios no es una tarea fácil. Es preciso tener claro antes de nada qué se entiende por *satisfacción* y qué se entiende por *calidad* y, en cualquier caso, decidir cuál de los dos constructos se pretende medir. El presente estudio se centra precisamente en el concepto de satisfacción del usuario, entendiéndolo como un indicador de la calidad del servicio.

La calidad de un servicio es un término tradicionalmente polémico, sea cual sea el ámbito en el que se analice. Quizá la definición más extendida es la proporcionada por Parasuraman y cola-

boradores (1988), para quienes se trata de un juicio global del usuario relativo a la superioridad o excelencia de un servicio, en relación con sus expectativas. A la hora de medirla, históricamente la primera opción ha sido la de fijar o establecer criterios o estándares y comprobar su cumplimiento (Normas ISO, Normas de la EFQM, etc.). No obstante, en los últimos años se ha puesto de manifiesto la necesidad de tener en cuenta las percepciones de los usuarios, e incorporar a la medida de la Calidad Global de un servicio una medida de la Calidad Percibida que le otorgan los usuarios (Varela y Galego, 2001). Empiezan con ello a proliferar trabajos y modelos que intentan explicar cómo se genera la noción de *calidad* en la mente del consumidor. Es el caso del *Paradigma de la Disconformidad*, basado en la confirmación/disconfirmación de las expectativas del sujeto, que dio lugar al instrumento más conocido en este ámbito: la escala SERVQUAL (elaborada por Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1988), y que generó una cantidad ingente de investigación posterior. No obstante, este paradigma no quedó libre de críticas y algunos autores prefirieron medir la calidad a partir del rendimiento del servicio, como es el caso de Cronin y Taylor (1992, 1994) con su escala SERVPERFORM.

Un problema añadido es que, desde el punto de vista aplicado o de la labor de los gestores, el concepto de CALIDAD suele ser confundido con el de SATISFACCIÓN (Martínez, Peiró y Ramos, 2001), siendo habitual que los profesionales no los diferencien a la hora de gestionar sus servicios. De igual modo, cuando se revisa la literatura no está claro si la Calidad Percibida es un antecedente o un consecuente de la Satisfacción. En trabajos como los de Anderson, Fornell y Lehmann (1994), Bloemer y De Ruyter (1995) o Cronin y Taylor (1992) se aboga por una concepción de la calidad como antecedente, mientras que Bitner (1990), Bolton y Drew (1991) o Schommer y Wiederholt (1994) la consideran como un claro consecuente de la satisfacción del usuario. Investigaciones más recientes optan por una concepción de la calidad tanto como antecedente como consecuente (Berné, Múgica y Yagüe, 1996; Parasuraman y otros, 1994; Taylor y Baker, 1994; Teas, 1993).

En definitiva, ¿a qué llamamos *satisfacción con un servicio*?, ¿por qué medirla?, ¿cómo medirla? A pesar de que el estudio de la satisfacción del consumidor ha sido uno de los temas estrella en los últimos 20 años, generando numerosas publicaciones, los propios expertos no dudan en reconocer que se trata de un concepto escurridizo a la hora de ser delimitado de manera clara (Marzo, Martínez, Ramos y Peiró, 2002). Se ha conceptualizado como un resultado y como un proceso, como una respuesta tanto cognitiva como emocional. Al mismo tiempo, los autores diferencian calidad y satisfacción argumentando que la calidad es más bien una actitud duradera a lo largo del tiempo, frente a un juicio transitorio ante un servicio específico, que sería la satisfacción. Otra solución que parece agradar a todos es la proporcionada por Oliver (1993), quien la define como una respuesta o evaluación post-consumo elicitada por factores tanto afectivos como cognitivos.

Centrándonos en el concepto de *calidad* en el ámbito de la Asistencia Sanitaria, y con el fin de lograr una definición sintética y clara, podríamos decir (siguiendo a Donabedian, 1984) que se trata de la capacidad que puede tener una organización para satisfacer las necesidades de los consumidores de los servicios de salud, por lo que el indicador externo más frecuentemente utilizado ha sido el estudio de la *satisfacción del usuario*, siendo ésta fruto de una evaluación positiva por parte del usuario de las diferentes dimensiones que configuran la atención sanitaria.

En cuanto a las razones por las que medir la satisfacción, desde nuestra experiencia pueden resumirse en cuatro: (1) proporciona un *feedback* imprescindible para la gestión y optimización de los recursos sanitarios; (2) proporciona una medida legítima de la capacidad de la organización para dar cuenta de las necesidades de los usuarios, pudiendo ser utilizado como un indicador en el Control de Calidad del servicio; (3) es uno de los activos con los que cuentan las organizaciones para lograr mejoras competitivas y resultados estables a medio plazo; y, por último, (4) es un predictor de las reacciones o comportamiento de los usuarios (lealtad, prescripción, adherencia al tratamiento, etc.).

A la hora de medirla se propusieron numerosas estrategias, aunque la más utilizada ha sido la encuesta. Desde los trabajos de Hulka y otros (1970) se han propuesto numerosas escalas para medir la satisfacción de los usuarios, si bien en algunos casos no se explicita el modelo teórico de partida y, por tanto, las dimensiones que recogen, o bien no se informa debidamente de sus propiedades psicométricas, tanto en términos de fiabilidad, validez y del poder discriminante de sus ítems (Aizpuru, 1993; Benavides y otros, 1987; Bolívar y otros, 1999; Bretones y Sánchez, 1989; Delgado, López y Luna, 1995; Gómez y otros, 1997; González y otros, 1993; González y otros, 1998). Además, como ya han advertido distintos expertos (Bohigas, 1995; Fitzpatrick, 1991; Ibern, 1992), otro de los problemas que suele caracterizar a este tipo de encuestas es que suelen encontrarse casi siempre niveles de satisfacción muy elevados (alrededor del 80%) y con muy poca variabilidad, de manera que, en la práctica, no sirven para discriminar entre sujetos realmente satisfechos e insatisfechos. En definitiva, parece clara la necesidad de disponer de herramientas que permitan a los responsables de los servicios de salud disponer de un *feedback* procedente del usuario para el control de calidad de dichos servicios. Al mismo tiempo, es importante que se explicita cuál es el concepto de satisfacción del que se parte, las dimensiones del servicio que se recogen, y que dichas herramientas posean unas propiedades psicométricas conocidas y aceptables.

El objetivo de este trabajo es, precisamente, desarrollar una herramienta sencilla que permita conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con su centro de salud y que cumpla una serie de condiciones (tanto de tipo psicométrico como de carácter aplicado), es decir:

1. Que recoja los componentes o dimensiones relevantes de un Servicio de Atención Primaria (validez de constructo).
2. Que sea fiable.
3. Que resulte útil a nivel de gestión, permitiendo identificar los elementos del servicio que generan mayor satisfacción o insatisfacción y cuya manipulación ejerce un mayor efecto sobre la satisfacción global del usuario.
4. Que sea breve, de fácil comprensión y manejo.

Método

Muestra

La muestra utilizada en el presente estudio estuvo compuesta por un total de 1.967 usuarios de 76 centros públicos de Atención Primaria de la comunidad gallega (948 hombres y 1.019 mujeres). Sus edades estaban comprendidas entre los 14 y los 81 años (\bar{x} = 45.09; S_x = 14.87). Para la selección de los sujetos se utilizó un muestreo por cuotas, con afijación proporcional según sexo y Área Sanitaria.

Procedimiento

Mediante una entrevista personal en la sala de espera de los centros se cumplimentó un cuestionario estructurado en el que se incluía, además de preguntas acerca de la valoración que los sujetos tenían del centro y distintos elementos del servicio, una escala de satisfacción compuesta por 18 ítems (Tabla 1). A los sujetos se les pedía que manifestasen cómo se sentían de satisfechos con cada elemento considerado, utilizando para ello una escala de respuesta de 5 puntos: Nada Satisfecho (1), Poco Satisfecho (2), Algo Satisfecho (3), Bastante Satisfecho (4) y Muy Satisfecho (5).

Instrumento

Para la elaboración de dicha escala fue preciso (en primer lugar) decidir qué dimensiones incluir o, lo que es lo mismo, cuáles eran las dimensiones relevantes de servicio. Para ello se siguieron tres estrategias complementarias:

- 1) La abundante bibliografía sobre el tema, sobre todo trabajos considerados clásicos, como el de Hulka (1982) o el de Wa-

re y Hays (1988), o trabajos realizados en España, como los de Benavides y otros (1987) o Delgado y otros (1993).

- 2) La realización de un grupo de discusión con trabajadores del Servicio Gallego de Salud (SERGAS), entre los que se incluían médicos, personal de enfermería y responsables de administración y gestión.
- 3) La realización de un estudio piloto con 100 usuarios del ambulatorio de Santiago de Compostela, lo cual permitió hacer una primera selección de ítems y decidir el formato de respuesta más adecuado.

La escala resultante daba cuenta de 4 aspectos esenciales de los servicios sanitarios de Atención Primaria:

- *El Personal Sanitario* (con 7 ítems referidos a aspectos como *el modo en que le trata su médico, el modo en que le trata la enfermera, el tiempo que le dedica su médico, etc.*).
- *El Personal de Apoyo* (con 4 ítems referidos a aspectos como *la agilidad y trato al solicitar cita telefónica, la disposición del personal para ayudarle, etc.*).
- *Las Condiciones Físicas* (con 3 ítems referidos a la *Comodidad y amplitud de la sala de espera, las Instalaciones y equipamiento del centro y su Señalización interna*).
- *El Acceso al Servicio* (con 4 ítems relacionados con cuestiones como el *Horario de atención a los pacientes, el Tiempo de espera para entrar a la consulta, la Proximidad del centro de salud o la Facilidad para conseguir cita*).

Resultados

Validez de constructo

El primero de los objetivos era comprobar si la estructura factorial de la escala era la esperada, con las 4 dimensiones descritas anteriormente. Para ello se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio mediante el programa AMOS 4. Los parámetros del modelo original fueron estimados siguiendo el criterio de Máxima Verosimilitud. En la tabla 2 se recoge la información proporcionada por algunos de los índices de ajuste más utilizados (García Cueto, Gallo y Miranda, 1998; García, Ruiz y Abad, 2003; Sandín y otros, 2003).

El hecho de que el estadístico χ^2 sea muy sensible a variaciones en el tamaño de la muestra hace que en la práctica resulte difícil encontrar un buen nivel de ajuste global cuando se trabaja con muestras grandes, como sucede en este caso. Por ello se han considerado de manera complementaria otros índices, como el χ^2/gl , GFI (*Goodness of Fit Index*), RMR (*Root Mean Residual*), RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), NFI (*Normed Fit Index*) y el CFI (*Comparative Fit Index*). En el caso del χ^2/gl

DIMENSIÓN	ÍTEMES
Personal sanitario	S1. Modo en que le trata su médico S2. Modo en que le trata la enfermera S3. Tiempo que le dedica su médico S4. Solución que el médico/enfermera le da S5. Interés del médico en explicarle su dolencia S6. Información proporcionada sobre el tratamiento S7. Uso del historial clínico
Personal de apoyo	S8. Agilidad y trato al solicitar cita telefónica S9. Trato recibido por el resto de personal S10. Disposición del personal para ayudarle S11. Organización interna del personal
Condiciones físicas	S12. Comodidad y amplitud de la sala de espera S13. Instalaciones y equipamiento del centro S14. Señalización interna del centro
Acceso al servicio	S15. Horario de atención a los pacientes S16. Tiempo de espera para entrar a la consulta S17. Proximidad del centro de salud S18. Facilidad para conseguir cita
Nota: Se señalan en letra cursiva aquellos ítems que forman parte de la versión final de la escala	

	χ^2	p	χ^2/gl	RMR	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	CFI
Modelo original	523.87	<0.0001	4.06	0.047	0.067	0.92	0.89	0.88	0.91
Reespecificado submuestra 1	90.01	<0.0001	2.36	0.027	0.045	0.98	0.96	0.97	0.98
Reespecificado submuestra 2	83.82	<0.0001	2.20	0.020	0.042	0.98	0.96	0.97	0.98
Reespecificado muestra global	122.99	<0.0001	3.23	0.021	0.040	0.98	0.97	0.97	0.98

se consideran aceptables valores por debajo de 4; en el caso del GFI, NFI y CFI, por encima de 0.90; y, en el caso del RMR y del RMSEA, por debajo de 0.05. Como vemos, los resultados son relativamente discretos, lo cual indica que los datos no se ajustan bien al modelo inicial. La estimación de las cargas factoriales o valores de la matriz Λ , así como los errores de medida de las variables observables (δ) se ofrecen en la figura 1.

El discreto ajuste alcanzado a nivel global, unido a la presencia de errores de medida importantes asociados a algunos de los ítems, como es el caso del ítem 2 y el 17 (con un δ de 0.70 y 0.97, respectivamente), junto con algunas saturaciones cruzadas no deseadas (sugeridas por los índices de modificación facilitados por el programa), aconsejaba introducir cambios en el modelo inicial. El modelo reespecificado sigue compuesto por las 4 dimensiones de partida, si bien se prescinde de algunos ítems que empeoraban el ajuste a los datos, reteniendo sólo 11 de los 18 iniciales.

En un intento de validación cruzada se procedió a dividir la muestra global en dos submuestras, tratando de informar con ello de la estabilidad de la estructura factorial de la escala, a través del ajuste alcanzado en ambos casos. Como se observa en la tabla 2, los ín-

dice obtenidos con el modelo reespecificado son claramente mejores que con el modelo original, resultando muy similares para las dos submuestras, al igual que los parámetros estimados (figuras 2 y 3).

En definitiva, en comparación con la escala inicial, se ha alcanzado una medida más parsimoniosa del constructo y que sigue encajando con la concepción teórica de la satisfacción que se defendía, basada en la existencia de cuatro grandes dimensiones. Se proporcionan también indicios de la estabilidad de su estructura factorial (al probarla en dos submuestras distintas) y se obtienen evidencias de su validez discriminante, en el sentido de que cada factor mide un componente del constructo relativamente diferente.

Fiabilidad

Para estudiar la fiabilidad de la escala final, así como de sus 4 componentes o dimensiones, se calculó un indicador de su consistencia interna: el coeficiente alfa de Cronbach. Cabe decir que la fiabilidad global es aceptable (con valores de α de entre 0.80 y 0.82) y, a pesar de su reducido número de ítems, se obtuvieron también valores aceptables para cada uno de sus cuatro componentes por separado (ver tabla 3). Los peores resultados se obtuvieron con la dimensión de *Acceso* (compuesta únicamente por dos ítems), con un α de 0.58 y 0.60.

Análisis de ítems

El tercero de los objetivos planteados era informar de cuáles son los elementos que generan mayor y menor satisfacción, dicho de otro modo, los puntos fuertes y débiles de los servicios de Atención Primaria. Para ello, se recurrió a un análisis de ítems mediante el programa MULTLOG, utilizando el Modelo de Respuesta Gra-

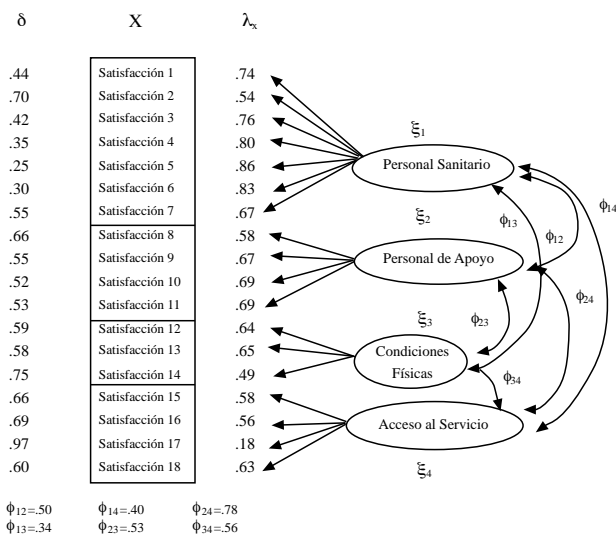


Figura 1. Parámetros estimados para el modelo original

Tabla 3
Consistencia interna de la versión final de la escala

	Personal sanitario	Personal apoyo	Condic. físicas	Acceso	Total
Submuestra 1	0.90	0.72	0.66	0.58	0.82
Submuestra 2	0.89	0.69	0.62	0.60	0.80
Muestra global	0.89	0.69	0.65	0.59	0.82

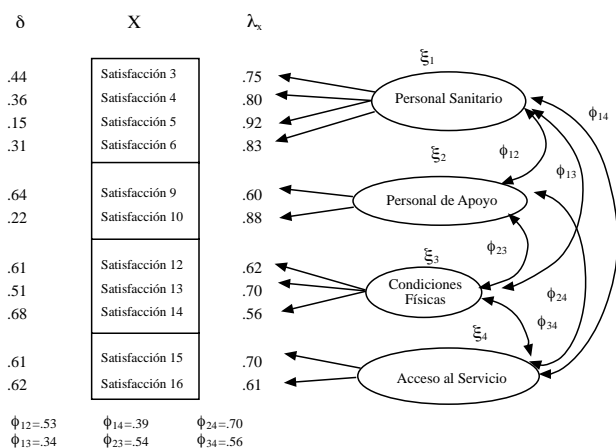


Figura 2. Parámetros estimados para el modelo reespecificado (submuestra 1)

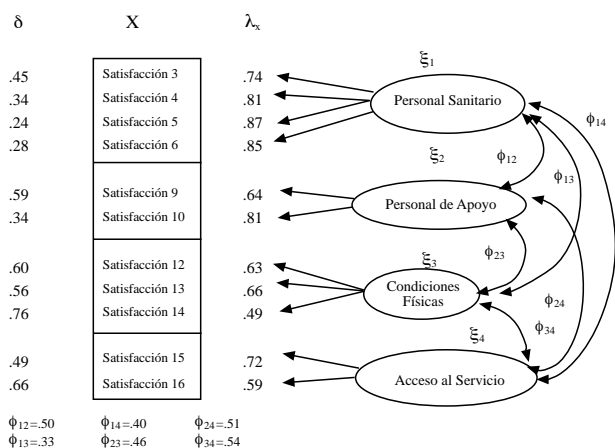


Figura 3. Parámetros estimados para el modelo reespecificado (submuestra 2)

duada propuesto por Samejima (1969). Para comprobar el supuesto de unidimensionalidad se utilizaron como indicadores el valor del coeficiente θ de Carmine (Muñiz, 1997) y la varianza común estimada del primer factor extraído por el Método de Factores Principales (Yela, 1997). El valor del coeficiente θ fue de 0.83 y un único factor explica el 100% de la varianza común estimada, por lo que parece sensato aceptar el supuesto de unidimensionalidad.

En primer lugar, se estudió el poder discriminante asociado a cada uno de los ítems de la escala. Como se puede comprobar en la figura 4, a través de las estimaciones del parámetro «a», son los ítems de la dimensión *Personal Médico* los que tienen un poder discriminante mayor. Pequeñas variaciones en aspectos como «*el tiempo que le dedica su médico*», «*la solución que el médico o las enfermeras le dan*» y, sobre todo, «*el interés del médico en explicarle su dolencia*» o «*la información proporcionada sobre el tratamiento*», pueden implicar importantes variaciones en el nivel de Satisfacción Global con el servicio. En cierto modo estos resultados están evidenciando cuáles son los elementos más relevantes del servicio y, que, en definitiva, más habría que cuidar.

Toda esta información puede ser completada si tenemos en cuenta también el índice de dificultad de cada ítem. Para ello se calculó el parámetro «b» asociado a la opción «5» de respuesta («Muy Satisfecho»). Como se aprecia en la figura 5, los elementos con los que resulta más «difícil» o menos probable encontrar a sujetos altamente satisfechos son los referidos a las dimensiones de *Condiciones Físicas* y *Acceso*. En definitiva, los aspectos con los que los usuarios estarían menos satisfechos son las *instalaciones*, el *equipamiento* y la *señalización interna* del centro, por un lado, y el *horario de atención* y el *tiempo de espera para entrar en consulta*, por otro. Los elementos relacionados con el *Personal Sanitario* generan un nivel de satisfacción mayor, en el sentido de que resulta mucho más fácil o probable encontrar sujetos con puntuaciones altas en dichos ítems.

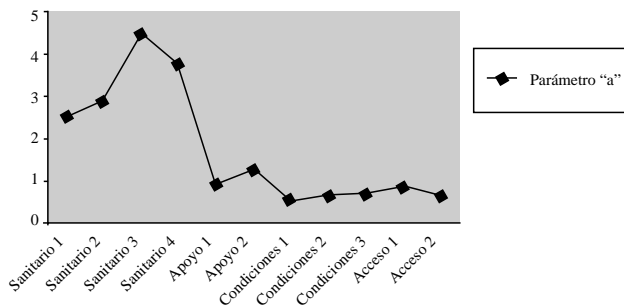


Figura 4. Poder discriminante de los 11 ítems de la escala final

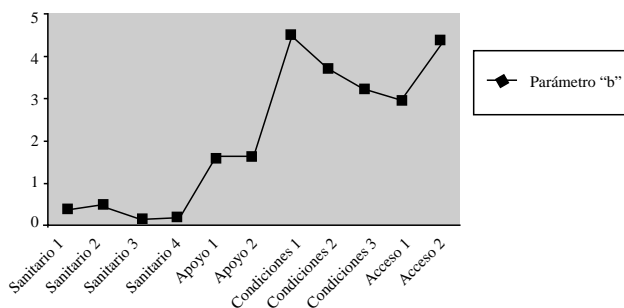


Figura 5. Índice de dificultad de los 11 ítems de la escala final

En síntesis, el análisis de los ítems que componen la escala ha permitido comprobar que los aspectos centrales de un servicio de Atención Primaria son los relacionados con el Personal Médico, que curiosamente son los que generan un mayor nivel de satisfacción. Por su parte, los aspectos que conviene mejorar son claramente las Instalaciones y el Equipamiento de los centros, unido al Acceso al Servicio.

Discusión

La sanidad pública ha pasado por diferentes etapas inherentes al desarrollo económico de toda sociedad, sufriendo épocas de recesión económica, de nuevas concepciones político-sociales y también de avances científico-técnicos indudables. Como todo servicio que se ofrece al ciudadano, la atención sanitaria está sujeta a un ritmo de cambio vertiginoso, consecuencia del cual la Administración debe estar especialmente ágil a la hora de responder a las nuevas demandas sociales. En el presente trabajo, conscientes de la importancia de orientar los servicios al usuario para alcanzar una mejora progresiva de la sanidad pública, se ha tratado de elaborar una escala que permita a los gestores disponer del feedback necesario para orientar adecuadamente sus acciones. A menudo políticas sanitarias *a priori* acertadas terminan fracasando porque pierden de vista al usuario o consumidor final. En este sentido, si bien no faltan trabajos donde se haya recalcado esta misma filosofía, en muchos de ellos se echa en falta un análisis detallado de las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados para medir la satisfacción.

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten presentar una escala de tan sólo 11 ítems, con una fiabilidad y validez aceptables. La utilización del Análisis Factorial Confirmatorio ha permitido comprobar además que encaja con el modelo teórico de satisfacción en Atención Primaria del que se partía (con 4 dimensiones: Personal sanitario, Personal de Apoyo, Condiciones Físicas y Acceso), apoyada tanto en la bibliografía de este ámbito como en la opinión de los expertos. Un análisis más preciso de los ítems que componen la escala desde la TRI hace sospechar también las posibilidades que ofrece a nivel de gestión, ya que permitiría identificar los elementos relevantes de un servicio de salud (o más importantes para el usuario) y, al mismo tiempo, las principales fuentes de insatisfacción desde el punto de vista de éste, obteniendo así un primer diagnóstico del servicio. En definitiva, la herramienta desarrollada posee unas adecuadas características psicométricas que, unido a su brevedad y fácil aplicación, puede convertirla en una herramienta interesante para la gestión de los servicios de salud.

Es preciso ser consciente, no obstante, de que el marketing de servicios es un ámbito de investigación relativamente reciente, donde existen todavía muchas cuestiones por resolver, como es el caso de la medición de la satisfacción de los usuarios. Cabe plantearse también en el contexto sanitario la pertinencia de incorporar las expectativas del sujeto (Teas, 1993; Marzo y otros, 2002) en las escalas de satisfacción, o la importancia que éste concede a las distintas dimensiones que configuran el servicio evaluado. Esta última estrategia se conoce como *Análisis de Importancia-Valoración* (*Importance-Performance Análisis*) y fue planteada originalmente por Martilla y James en 1977. Se trata de un procedimiento que consiste en evaluar, por un lado, la importancia que los sujetos conceden a los atributos que componen un producto o servicio y, por otro, la valoración que obtiene dicho producto o servi-

cio por parte de los usuarios. Su objetivo fundamental es evaluar las actitudes hacia la asignación efectiva de los recursos de la organización y suele utilizarse para ayudar a los responsables organizativos a comprender las dimensiones que mejor explican la satisfacción del consumidor y cómo pueden reasignarse los recursos para lograr un aumento de ésta. En otros sectores como el turístico

co hemos podido comprobar la utilidad de dicha estrategia (Varela y otros, 2001). Esperamos que la línea de investigación en la que actualmente nos encontramos inmersos permita comprender mejor cómo se genera la satisfacción en la mente de los usuarios de los servicios de salud y ofrecer herramientas que faciliten su gestión.

Referencias

- Aaker, D.A. (1992). *Strategic Market Management* (3ª ed.). Nueva York: Wiley and Sons.
- Anderson, E.W., Fornell, C. y Lehmann, D.R. (1994). Customer satisfaction, market share and profitability: findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 58, 53-66.
- Benavides, F.G., Nolasco, A., Jiménez, L., González, C., López, J.M., Pérez, E. y Bolumar, F. (1987). Aplicación y validez de un cuestionario para medir la satisfacción de usuarios de un centro de salud. *Atención Primaria*, 4, 91-95.
- Berné, C., Múgica, J.M. y Yagüe, M.J. (1996). La gestión estratégica y los conceptos de calidad percibida, satisfacción del cliente y lealtad. *Economía Industrial*, 307, 63-74.
- Bitner, M.J. (1990). Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*, 54, 69-82.
- Bloemer, J. y De ruyter, K. (1995). Integrating service quality and satisfaction: pain in the neck of marketing opportunity? *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 8, 44-52.
- Bohigas, L. (1995). La satisfacción del paciente. *Gaceta Sanitaria*, 9, 283-286.
- Bolton, R.N. y Drew J.H. (1991). A multistage model of customers assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17, 375-384.
- Bretones, C. y Sánchez, J.E. (1989). Construcción y validación de una encuesta de satisfacción de usuarios de Atención Primaria. *Atención Primaria*, 6, 312-316.
- Cronin, J. y Taylor, S. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56, 55-68.
- Cronin, J. y Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58, 125-131.
- Delgado, A., López, L.A. y Luna D.J. (1992). La satisfacción de los usuarios con los modelos de Atención Primaria vigentes en Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 7, 32-40.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La prensa médica mexicana.
- European Foundation for Quality Management (1999). *Modelo EFQM de Excelencia 1999*. Bruselas: E.F.Q.M. Traducido por el Club Gestión de Calidad, Madrid.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys of patient satisfaction: Important general considerations. *BMJ*, 302, 887-889.
- García, L.F., Ruiz, M.A., Abad, F.J. (2003). Factor structure of the Spanish WAIS-III. *Psicothema*, 15, 155-160.
- García Cueto, E., Gallo, P. y Miranda, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, 10, 717-724.
- Gómez, M.J., Bernal, I., Guerra, F., Mirabal, V. y Lorenzo, A. (1997). *Atención Primaria*, 20, 90-93.
- González, L., Costa, A., Timoneda, C., Alfonso, J.L. y Cortina, P. (1993). Encuesta de satisfacción a los usuarios de un centro de salud. *Gaceta Sanitaria*, 7, 86-94.
- González, J.C., Perxachs, L.J., Quesada, M. y Solanas, P. (1998). Satisfacción de los usuarios en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 22, 514-520.
- Hulka, B.S., Zyzansrey, S.J., Caser, J.C. y Thomson, S.J. (1970). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary health care. *Med Care*, 8, 429.
- Hulka, B.S. y Zyzansrey, S.J. (1982). Validation of a patient satisfaction scale. Theory, methods and practice. *Med Care*, 20, 649-653.
- Ibern, P. (1992). La medida de la satisfacción en els serveis sanitaris. *Gaceta Sanitaria*, 6, 176-185.
- Martilla, J.A. y James, J.C. (1977). Importance-Performance Análisis. *Journal of Marketing*, January, 77-79.
- Martínez, V., Peiró, J.M. y Ramos, J. (2001). *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis.
- Marzo, J.C., Martínez-Tur, V., Ramos, J. y Peiró, J. (2002). La satisfacción del usuario desde el modelo de la confirmación de expectativas. Respuestas a algunos interrogantes. *Psicothema*, 14, 765-770.
- Muñiz, J. (1997). *Introducción a la teoría de respuesta a los ítems*. Madrid: Pirámide.
- Oliver, R.L. (1993). A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. *Advances in Services Marketing and Management*, 2, 65-85.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for further research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*, 58, 111-124.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds.), *Patient satisfaction in health and mental services. Evaluation and program planning*, 6, 185-210.
- Samejima, F. (1969). Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. *Psychometrika Monographs*, 34, Supl. 17.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (2003). Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para niños. *Psicothema*, 14, 333-339.
- Schommer, J.C. y Wiederholt, J.B. (1994). Patient's satisfaction with pharmacist consultation services: application of a model of service encounter evaluation. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 7, 74-85.
- Taylor, S.A. y Baker, T.L. (1994). An assesment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer's purchase intentions. *Journal of Retailing*, 70, 163-178.
- Teas, R.K. (1993). Expectations, performance evaluation and consumers perceptions of quality. *Journal of Marketing*, 57, 18-34.
- Varela, J. y Galego, P. (2001). Bases para a mellora continua da calidade dos servizos de saúde. Santiago: Xunta de Galicia.
- Varela, E., Picón, E., Rial, A. y García, A. (2001). *Evaluación de la satisfacción del consumidor mediante el análisis de importancia-valoración (importance-performance analysis). Una aplicación a la evaluación de destinos turísticos*. II Congreso Galego da Calidade. Santiago, 2-3 de abril de 2001.
- Ware, J.E. y Hays, R.D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medial encounters. *Med Care*, 26, 393-402.
- Yela, M. (1997). *La técnica del análisis factorial moderno*. Madrid: Biblioteca Nueva.