



# Grado en Psicología

## Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria de Junio

**Modalidad:** Estudio empírico

**Título:** Diferencias en la percepción de la calidad del servicio hospitalario y satisfacción global entre personal sanitario, no sanitario y pacientes en un hospital público de la ciudad de Elche.

**Autora:** Inmaculada Concepción Pons Ferrández

**Tutor:** Ángel Solanes Puchol

Elche, a 17 de junio de 2017

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las diferencias en la percepción de calidad del servicio hospitalario entre el personal sanitario y no sanitario y los pacientes de un hospital público de Elche (Alicante). Se evaluará la percepción de calidad objetiva, subjetiva, total y satisfacción global de ambos colectivos, y se establecerán comparaciones entre las distintas muestras.

**Antecedentes:** En los servicios de salud se establece un vínculo especial entre el paciente y el profesional que brinda la asistencia, por este motivo es importante conocer la percepción que tienen sobre la calidad de dichos servicios y el grado de satisfacción con ellos, de manera que sea posible detectar aspectos susceptibles de mejorar.

**Método:** Se administró el cuestionario SERVQHOS y una encuesta ad hoc de preguntas con datos socio-demográficos, socio-laborales y socio-domésticos a una muestra total de 100 personas, 50 pacientes y 50 profesionales sanitarios y no sanitarios de un hospital público de Elche (Alicante). Los análisis estadísticos realizados fueron pruebas T y Análisis de varianza de un factor.

**Resultados:** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre pacientes y profesionales en relación a los distintos tipos de calidad percibida y al grado de satisfacción global, con un nivel de confianza del 95%.

**Conclusiones:** Los pacientes perciben la calidad del servicio y su grado de satisfacción de manera distinta que los profesionales, al igual que estos últimos varían su percepción en función de si son sanitarios o no sanitarios. Además, ciertas variables socio-demográficas, socio-domésticas y socio-laborales objeto de estudio también parecen tener relación con la percepción de calidad y satisfacción global de los encuestados.

**Palabras Clave:** Calidad del servicio, Calidad percibida, Calidad asistencia sanitaria, Satisfacción del paciente, Personal sanitario vs no sanitario

## **ABSTRACT**

**Objective:** Analyze the differences in the perception of quality of the hospital service between the sanitary and non-sanitary staff and the patients of a public hospital in Elche (Alicante). The perception of objective quality, subjective, total and overall satisfaction of both groups will be evaluated, and comparisons between the different samples will be established too.

**Antecedents:** In the health services a special link is established between the patient and the professional who provides the assistance. For this reason it is important to know the perception that they have about the quality of these services and the degree of satisfaction with them, in the way that it will be possible to detect aspects that could be improved.

**Method:** The SERVQHOS questionnaire and an ad hoc survey of questions with socio-demographic, socio-labor and socio-domestic data were dispensed to a total sample of 100 people, 50 patients and 50 health and non-health professionals from a public hospital in Elche (Alicante). Statistical analyzes were performing T tests and Analysis of variance of one factor.

**Results:** It has been found statistically significant differences between patients and professionals in relation to the different types of perceived quality and the degree of overall satisfaction, with a 95% confidence level.

**Conclusions:** Patients perceive the quality of the service and their degree of satisfaction in a different way than the professionals, in the same way that professionals vary their perception depending on whether they are sanitary or non-sanitary. In addition, certain socio-demographic, socio-domestic and socio-labor variables under study also seem to be related to the perception of quality and overall satisfaction of the surveyed people.

**Keywords:** Service quality, Perceived quality, Healthcare quality, Patient satisfaction, Sanitary vs. Non-sanitary personnel.

## ÍNDICE

<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	2
1. Introducción .....	2
<b>MARCO EMPÍRICO</b> .....	6
2. Método .....	6
2.1. Participantes .....	6
2.2. Variables e instrumentos .....	6
2.3. Procedimiento .....	8
2.4. Análisis estadístico .....	8
3. Resultados .....	9
4. Discusión .....	12
5. Conclusiones .....	14
6. Limitaciones del estudio .....	15
7. Prospectiva de investigación .....	15
8. Referencias bibliográficas .....	15

## **MARCO TEÓRICO**

### **1. INTRODUCCIÓN**

La salud ha adquirido un papel primordial en la sociedad actual, y el paciente ahora es considerado también como evaluador de los servicios sanitarios. Mediante su juicio es posible determinar la calidad de los servicios ofrecidos por la organización, en este caso, por el hospital. A diferencia de años anteriores, los estados modernos, atienden las demandas de sus ciudadanos, cada vez más preparados y exigentes y se preocupan por cubrir sus necesidades, no sólo ofreciéndoles servicios de interés general, sino proporcionándoles la mayor calidad de éstos. Según Díaz (2005) el usuario tendría que ser el eje sobre el que debería girar todo el sistema, adquiriendo mayor relevancia si cabe, al tratarse de una empresa que proporciona servicios sanitarios en la que se crea un vínculo especial entre el cliente, en este caso paciente, y el proveedor del servicio, en adelante, el profesional.

Con el fin de ofrecer una asistencia de calidad y trabajar en la mejora continua de la organización, es necesario realizar investigaciones al respecto, en las que el propio usuario sea el evaluador y determine si el servicio es de calidad o no (Varo, 1994).

Por este motivo, entender la calidad del servicio desde la perspectiva del paciente se ha convertido en un factor esencial y la evolución que han sufrido los sistemas sanitarios, hacen posible que el paciente sea el centro de toda atención y la calidad mejore teniendo en cuenta las necesidades del paciente para satisfacerlas (Villegas & Rosa, 2003). Como muestra de ello surgió el Modelo Europeo para la Gestión de Calidad, en el cual se otorgó la mayor puntuación a la satisfacción del usuario (Corbella & Maturana, 2000).

La segunda línea estratégica del SAS (Servicio Andaluz de Salud) para el período 2001-2004, donde se manifestaba la idea de aumentar “la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios”, con la finalidad de poder adecuar la oferta sanitaria a las diferentes demandas de los clientes. En definitiva, a esta nueva manera de trabajar se la ha etiquetado como “cuidados centrados o focalizados en el paciente”, lo cual conlleva un cambio en distintos niveles de la organización como estructural, cultural y en cuanto a los sistemas de información y a las políticas de personal (Díaz, 2005).

Caminal (2001) distingue tres razones por las que debería tenerse en cuenta la satisfacción como medida relevante de resultado del proceso asistencial. La primera de ellas sería los diferentes estudios que avalan que la satisfacción podría estar directamente relacionada con el cumplimiento del tratamiento y la adhesión a la

consulta y al profesional que proporciona los servicios al paciente, por lo que se podría considerar un buen predictor. El segundo motivo sería que la satisfacción es un instrumento de utilidad para valorar las consultas y los modelos de comunicación de los profesionales. Y por último, la tercera razón radica en el hecho de que la opinión que el paciente tiene acerca del servicio, puede servir para mejorar dicha asistencia al permitir detectar debilidades y aspectos que se pueden perfeccionar.

Del mismo modo, el autor diferencia tres aspectos que todo paciente valora de la asistencia recibida del sector sanitario: el aspecto instrumental, que hace referencia a la aplicación de conocimientos técnicos y aptitudes para resolver los problemas que puedan acontecer; el aspecto expresivo (referente a los comportamientos que tienen que ver con la afectividad de la relación paciente-profesional); y, por último, la comunicación (en relación con la información que se le brinda al paciente). Estos apartados siempre se incluyen en todos los cuestionarios de evaluación de la calidad asistencial y la satisfacción del paciente, pues se trata de tres aspectos fundamentales que forman parte de su evaluación y medición.

Mira et al., (2001) realizó un estudio de tipo prospectivo, en el que observó la evolución de la calidad percibida por los pacientes de dos hospitales públicos durante un período de tiempo superior a dos años, en el cual iban incorporándose otros hospitales de manera paulatina. El propósito consistía en demostrar su utilidad para identificar áreas de mejora a través de comparaciones intra-hospital y entre-hospitales. El instrumento empleado para tal evaluación fue el SERVQHOS, el cual se aplicó a una muestra de 664 pacientes con edades superiores a 18 años. De los datos recogidos se pudo obtener información sobre las tendencias de los indicadores de calidad de un mismo centro y también en comparación con otros centros. Es por ello que, mediante este tipo de estudios y empleando este instrumento, se puede determinar tanto la posición de un centro como su nivel relativo respecto a otros, permitiendo de este modo identificar áreas de mejora de mayor prioridad y establecer un benchmark en el entorno sociosanitario.

Para ello, es importante conocer no solo los motivos que generan satisfacción en los pacientes, sino aquellos que les provocan insatisfacción. Este fue el propósito del estudio de Mira et al., (2002), en el que concluyó que algunas de las razones que los pacientes determinan como aspectos relevantes para su satisfacción fueron la empatía, la calidad de la información recibida por parte de los profesionales y el trato humano de éstos, y por último, el grado de confort durante su estancia en el hospital. Por otro lado, valoraron como aspectos que influían de manera negativa en su

percepción de satisfacción la accesibilidad y aspectos organizativos como los retrasos en la atención y las largas listas de espera.

Robles et al., (2004) realizaron un estudio transversal en el que su objetivo era buscar el perfil del paciente “supersatisfecho”. Para ello pasaron el cuestionario SERVQHOS por correo postal, en 3 periodos de corte, a una muestra de 1.033 pacientes en total de un hospital perteneciente al Servicio Cántabro de Salud, de los cuales solo 1.006 fueron completados. Los resultados mostraron que en dicho hospital cerca de la mitad de los usuarios se valoraban como “supersatisfechos”, asociándose a las “buenas experiencias” o bienestar experimentado durante el ingreso como los recursos que ofrecía el propio centro, la empatía, el trato personalizado y la información recibida por parte de los profesionales, el bienestar de las instalaciones y la organización de la asistencia. Sin embargo, las características propias e intrínsecas del paciente como son la edad, el sexo, el nivel de estudios, etc. adquieren menor influencia a la hora de valorar el grado de satisfacción. Del mismo modo, los aspectos organizativos como la coordinación o el retraso en la atención, así como la accesibilidad a las instalaciones, son otros de los motivos que se citan como causa de insatisfacción. En último lugar, destaca de este estudio el perfil de paciente “supersatisfecho” obtenido, caracterizándose por ser mujer con una edad superior a los 70 años y sin estudios universitarios.

En otro estudio realizado por Mira et al., (2000) llevaron a cabo un estudio descriptivo para analizar las opiniones de 930 pacientes de cinco hospitales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud en cuatro Comunidades Autónomas. Se empleó el cuestionario SERVQHOS, el cual les fue enviado por carta personalizada a cada uno de los sujetos. Los resultados muestran una percepción positiva de los hospitales por parte de los pacientes. Además, parece ser que, a pesar de tanto hombres como mujeres realizan estimaciones parecidas, los sujetos de sexo masculino suelen valorar ligeramente mejor que las de sexo femenino los hospitales con un equipamiento más actualizado. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las tendencias de respuesta entre jóvenes y adultos, pero sí en la concordancia entre conocer el nombre del médico y percibir una mayor calidad. Este estudio se podría considerar como un primer acercamiento para comparar los datos de diferentes centros hospitalarios, y analizar en líneas generales las opiniones de los pacientes, para así conocer aquello que más valor tiene para ellos y qué variables pueden estar influyendo.

Por otro lado, diferentes estudios han investigado sobre variables como el sexo y la edad de los pacientes puede influir en su percepción de calidad asistencial. Santiñá et

al., (2002) realizaron un estudio con el propósito de averiguar si el sexo de los pacientes era un factor relevante a la hora de valorar la calidad percibida del hospital. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas de las respuestas obtenidas de los hombres y las mujeres que participaron en la investigación. Al parecer, los hombres tienden a tener una percepción de calidad mayor que las mujeres. En definitiva, debemos tener claro que es una variable más a tener en cuenta si se hacen estudios posteriores de mejora de calidad.

Dos años más tarde, Santiñá et al., (2004) llevaron a cabo otra investigación, en este caso centrado en valorar si la edad de los pacientes es una variable que predice su atención recibida. Los resultados parecían reflejar que los jóvenes suelen mostrar una menor satisfacción que las personas de edad avanzada, los cuales tienden a percibir una mayor satisfacción. Asimismo, Jung et al., (2003) observaron que la edad era una variable a tener en cuenta, puesto que se relacionó de manera significativa con las preferencias de los pacientes en su investigación sobre las posibles relaciones entre variables demográficas como la edad y variables culturales.

Finalmente, y con el propósito de valorar si las expectativas de los profesionales se asemejan a la de los pacientes en cuanto a aquellos aspectos que valoran de un centro sanitario, Palacio et al., (2003) realizaron dos estudios. El primero de ellos centrado en identificar aspectos que los pacientes valoran sobre un centro de salud; mientras que el segundo tenía el mismo propósito, pero esta vez cambiando la perspectiva de los pacientes por la de los profesionales. Mientras que los usuarios le dan más importancia a si el centro está dotado de todo el material necesario para el cuidado de los mismos, a la organización y a la accesibilidad, los profesionales destacan las relaciones con los pacientes y con otros profesionales del centro, y además la manera en la que este es gestionado por parte de la dirección. Se podría concluir que ambos colectivos valoran ciertos aspectos de manera distinta.

Por tanto, el presente trabajo tiene por **objetivo** analizar las diferencias en la percepción de calidad del servicio hospitalario entre el personal sanitario y no sanitario y los pacientes de un hospital público de Elche (Alicante). Se evaluará la percepción de calidad objetiva, subjetiva, total y satisfacción global de ambos colectivos, se establecerán comparaciones entre distintos grupos como usuarios del servicio y profesionales de la sanidad y, por último, también se establecerán comparaciones según variables sociodemográficas, laborales y domésticas.

Por ello, para alcanzar el objetivo propuesto, nos planteamos las siguientes **hipótesis**:

- H1. Esperamos encontrar diferencias estadísticamente significativas en términos de calidad objetiva en función de variables sociodemográficas, socio-laborales, socio-domésticas, etapas del desarrollo, profesionales-usuarios y sanitarios-no sanitarios. Por ejemplo, las personas con mayor nivel de estudios percibirán mayor calidad objetiva por la formación que estos les ha proporcionado.
- H2. La variable calidad subjetiva se podrá predecir en función de variables sociodemográficas, socio-laborales, socio-domésticas, etapas del desarrollo, profesionales-usuarios y sanitarios-no sanitarios. Por ejemplo, los usuarios percibirán una menor calidad subjetiva que los profesionales al realizar una valoración externa de la misma.
- H3. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre la calidad total percibida y variables sociodemográficas, socio-laborales, socio-domésticas, etapas del desarrollo, profesionales-usuarios y sanitarios-no sanitarios. Por ejemplo, las personas que se encuentren en una etapa del desarrollo posterior percibirán menor calidad total al visitar con más frecuencia el centro sanitario.
- H4. El grado de satisfacción total con la asistencia recibida u ofrecida variará en función de variables sociodemográficas, socio-laborales, socio-domésticas, etapas del desarrollo, profesionales-usuarios y sanitarios-no sanitarios. Por ejemplo, los sanitarios estarán más satisfechos al ser ellos mismos los que ofrecen el servicio y consideran que su asistencia es de calidad.

## **MARCO EMPÍRICO**

### **2. MÉTODO**

#### **2.1. Participantes**

En el estudio participaron un total de 100 personas, 50 pacientes y 50 profesionales sanitarios y no sanitarios de un hospital público de Elche, situado en la provincia de Alicante. Se procuró que la muestra de pacientes abarcase un amplio rango de edad, teniendo como edad mínima 18 años y como máxima 84. La edad media se situó en 48.96 años, presentando una desviación típica de 16.39.

#### **2.2. Variables e instrumentos**

En cuanto a las variables dependientes se distinguen cuatro: Calidad Objetiva (CO), Calidad Subjetiva (CS), Calidad Total (CT) y la Satisfacción Global (SG) del paciente,

teniendo en cuenta tanto la atención sanitaria general recibida (trabajo técnico) como la relación establecida con el personal sanitario. Por otro lado, las variables independientes son las variables socio-demográficas (sexo, estado civil, nacionalidad, número de hijos, número de hijos que viven en casa, nivel de estudios, finalización o no de los estudios, y años estudiando a tiempo completo y si actualmente sigue estudiando o no), socio-laborales (Años trabajados, Meses de permanencia en la empresa actual, Nivel en su empresa, Turno de trabajo, Horas de trabajo semanal, Horario de trabajo y Tipo de contrato), socio-domésticas (Si vive solo o acompañado, Contribución económica a los ingresos del hogar, Personas que dependen de los ingresos, Si es el principal responsable de las tareas y las compras diarias), las etapas de desarrollo y usuarios-proveedores del servicio.

Como instrumento de medida para para evaluar la calidad percibida se utilizó el cuestionario SERVQHOS (Mira et al., 1998), cuya escala de respuesta combina tanto las expectativas del paciente como las percepciones, de tal manera que el resultado obtenido es la estimación de la diferencia entre las expectativas y las percepciones, pudiendo identificar gracias a ello, aquellos aspectos que influyen de manera positiva en la satisfacción del usuario como los que influyen favoreciendo su grado de insatisfacción (Mira, 1998). Además, incluye una última pregunta que permite medir el nivel de satisfacción global que percibe la persona, pudiendo valorarlo en una escala de 4 opciones de respuesta (muy satisfecho, satisfecho, poco satisfecho y nada satisfecho), y también ofrece un apartado de respuesta abierta para que realicen, si lo desean, algún comentario y/o sugerencia sobre la calidad de la asistencia sanitaria recibida. Adicionalmente se adjuntó a este, 23 preguntas para recabar información sobre las variables socio-demográficas, socio-laborales y socio-domésticas de estudio.

El cuestionario SERVQHOS está compuesto por 19 ítems, divididos en dos grupos: 10 que permiten valorar la Calidad Subjetiva (que se refiere a aspectos como la empatía, la cortesía y la capacidad de respuesta del personal) y 9 que permiten evaluar la Calidad Objetiva (aspectos tangibles como la apariencia de las infraestructuras, la señalización intra y extra hospitalaria, etc.). La persona que cumplimenta el cuestionario debe responder a cada pregunta en base a una escala Likert de 5 opciones de respuesta (mucho peor de lo que esperaba, peor de lo que esperaba, como lo esperaba, mejor de lo que esperaba y mucho mejor de lo que esperaba). Este cuestionario ha resultado ser una herramienta de utilidad para medir aquello para lo que fue diseñado. Además, no sólo es un instrumento útil, sino también fiable, puesto que presenta un valor de Alfa de Cronbach de 0'96, y las correlaciones ítem-total estaban comprendidas entre valores 0'58 y 0'86 (Mira, 1998).

### **2.3. Procedimiento**

Una vez se había realizado la revisión bibliográfica, se decidió aplicar el cuestionario SERVQHOS junto con una encuesta ad hoc de preguntas con datos sociodemográficos, laborales y domésticos de los sujetos objeto de estudio.

Se administraron 100 encuestas en total, de las cuales 50 fueron cumplimentadas por los pacientes del hospital, y las 50 restantes por los profesionales del mismo. Para ello, se recogieron los cuestionarios en la puerta del hospital durante varias jornadas.

Con el fin de tener la muestra lo más representativa posible, se procuró que hubiese muestra de los distintos grupos de edad establecidos según las etapas del desarrollo identificadas por Gerrig y Zimbardo (2005) (adultez temprana, entre 20-40 años; adultez intermedia, entre 40-65 años y adultez tardía más de 65 años) y también el mismo número de hombres que de mujeres (25 hombres y 25 mujeres).

Por otro lado, la muestra de profesionales se dividió en 5 grupos pertenecientes a los siguientes puestos de trabajo: médicos/as, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, celadores/as y administrativos/as; y se intentó que hubiese 10 personas de cada categoría profesional, sumando un total de 50 profesionales, 30 sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares) y 20 no sanitarios (celadores y administrativos), sin tener en cuenta la edad o el sexo de los mismo.

Durante el pase del cuestionario se les explicó la finalidad de la investigación, es decir, se les informó de que los datos recogidos serían utilizados con fines investigativos, no evaluativos, dentro del ámbito universitario, en concreto, para la elaboración de una investigación. Además, se les aseguró la confidencialidad y el anonimato tanto de sus datos como de los resultados.

### **2.4. Análisis estadísticos**

Para guardar los datos recogidos de las encuestas administradas se creó una base de datos en Microsoft Excel. A continuación, se procedió a realizar los análisis estadísticos mediante el programa informático SPSS 23 (IBM, 2016), mediante el cual se obtuvo, en primer lugar, los estadísticos descriptivos correspondientes a los datos sociodemográficos y sociolaborales de la muestra. Posteriormente, para someter a prueba las hipótesis establecidas, se efectuaron pruebas T y análisis de varianza de un factor (ANOVA) utilizando pruebas a posteriori Tukey en aquellas variables cuya *F* mostró diferencias al comparar entre distintos grupos. Todos los análisis se realizaron con un nivel de confianza del 95%.

### 3. RESULTADOS

#### Calidad Objetiva

Tras los análisis estadísticos llevados a cabo se ha observado que no existen diferencias significativas entre calidad objetiva y las siguientes variables: sexo, estado civil, número de hijos, cuántos hijos viven en casa, si vive solo o acompañado, cuál es su contribución económica a los ingresos del hogar, cuántas personas dependen de los ingresos, nivel de estudios, durante cuántos años ha estado estudiando a tiempo completo, si actualmente sigue estudiando o no, nacionalidad y las variables socio-laborales.

Por otro lado, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la percepción de calidad objetiva en función de si la persona ha finalizado los estudios o no. En concreto, los que sí han finalizado los estudios perciben una mayor calidad objetiva que los que no lo hicieron ( $F_{(98)} = 3.432, p = .001$ ). Asimismo se observa que las personas que son las únicas responsables de las tareas del hogar o aquellas que comparten las tareas obtienen una mayor media que aquellos que no son los responsables principales ( $F_{(2,97)} = 4.834, p = .010$ ). En cuanto a las etapas del desarrollo, se han hallado diferencias tanto en hombres como en mujeres en relación a las distintas etapas. Los sujetos con una edad superior a 65 años perciben una menor calidad objetiva ( $F_{(2,38)} = 10.357, p = .001$ ). Del mismo modo se observa que los proveedores del servicio han obtenido una media superior que los usuarios ( $F_{(98)} = 2.695, p = .008$ ); y además, se han encontrado diferencias significativas dentro de los propios profesionales, en función de si son sanitarios o no sanitarios. Los sanitarios perciben una mayor calidad objetiva que los no sanitarios ( $F_{(48)} = -2.510, p = .016$ ).

#### Calidad Subjetiva

Tras realizar pruebas T y ANOVA para cada variable independiente en función de su idoneidad, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil, el número de hijos, cuántos hijos viven en casa, si vive solo o acompañado, según su contribución económica a los ingresos del hogar, cuántas personas dependen de esos ingresos, durante cuántos años ha estado estudiando a tiempo completo, la nacionalidad y las variables socio-laborales.

Por otro lado, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto al sexo, obteniendo las mujeres una mayor puntuación en calidad subjetiva que los hombres ( $F_{(98)} = -2.382, p = .019$ ). La edad también podría ser una variable predictiva, puesto que se han encontrado diferencias de nuevo entre las personas de más de 65 años y el resto de grupos ( $F_{(2,38)} = 4.472, p = .01$ ). En segundo lugar, se encontraron

diferencias en relación al número de hijos que viven en casa, en concreto, entre los encuestados que no tenían hijos y aquellos que tenían 2 ( $F_{(3,96)} = 2.976, p = .035$ ). En tercer lugar, también se observó una posible variable influyente, la responsabilidad o no de las tareas del hogar. Los resultados muestran que las personas que no son los principales miembros de la familia que se encargan de las tareas del hogar difieren del resto de grupos (otros son los responsables o comparten las tareas) siendo este dato significativo ( $F_{(2,97)} = 3.232, p = .044$ ). Del mismo modo, se observan diferencias en cuanto al nivel de estudios, pues los que tienen un postgrado presentan una mayor percepción de calidad subjetiva ( $F_{(4,95)} = 3.401, p = .012$ ). Además, los que sí han finalizado los estudios también presentan una mayor puntuación en calidad subjetiva que los que no lo hicieron ( $F_{(1,98)} = 8.558, p = .004$ ). Y también se hallaron diferencias de percepciones entre los profesionales y los usuarios del servicio, superando los primeros a los segundos respecto a la calidad subjetiva percibida ( $F_{(98)} = 4.34, p = .001$ ). En último lugar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el personal sanitario y no sanitario, obteniendo una mayor media para esta variable el personal sanitario ( $F_{(48)} = 4.348, p = .001$ ).

### **Calidad Total**

No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo de los encuestados, su estado civil, el número de hijos, los hijos que viven en casa, el número de personas que dependen de los ingresos, el grado de responsabilidad de las tareas del hogar, los años trabajados, los meses de permanencia en la empresa actual y el tipo de contrato.

Los resultados obtenidos sobre la calidad total informan de diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, siendo de nuevo las personas de más de 65 años las que difieren del resto en cuanto a la percepción de calidad total de la asistencia recibida ( $F_{(2,38)} = 1.270, p = .001$ ). Asimismo, se observan diferencias entre las personas que viven solo con la pareja o con la familia/amigos ( $F_{(2,97)} = 6.995, p = .001$ ). Del mismo modo, la contribución económica a los ingresos del hogar por parte del encuestado, en particular, entre los que son los únicos responsables y los que contribuyen con menos del 50% de los ingresos, y los que aportan alrededor de la mitad de los ingresos y aquellos que contribuyen con menos del 50% ( $F_{(3,96)} = 3.939, p = .011$ ). También parece tener relación el nivel de estudios alcanzado con la calidad total, presentándose diferencias estadísticamente significativas entre los que estudiaron bachiller y aquellos que son diplomados, licenciados o tienen un postgrado ( $F_{(3,96)} = 5.867, p = .001$ ). Al igual que ocurre con los que no han finalizado los estudios, que perciben una mayor calidad total que los que sí los terminaron ( $F_{(47)} = -4.927, p$

=.038). Respecto a las cuestiones socio-laborales se ha encontrado que los niveles en la empresa influyen en la valoración de calidad total, en concreto los que tienen un rango inferior (trabajadores) presentan diferencias con los que tienen un rango superior en la organización (mando intermedio, directivo/a) ( $F_{(3,96)} = 2.976$ ,  $p = .035$ ). Del mismo modo, los que tienen un turno de trabajo matutino y los que trabajan mañana y tarde presentan diferencias estadísticamente significativas, ocurriendo lo mismo entre los que trabajan únicamente de tarde y los que tienen turno de mañana y tarde ( $F_{(2,72)} = 3.387$ ,  $p = .039$ ). Además, el número de horas también parece influir, puesto que aquellos que trabajan de 24 a 40 horas semanales perciben una mayor calidad total que los que trabajan más de 41 horas a la semana ( $F_{(2,72)} = 6.470$ ,  $p = .003$ ). Del mismo modo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que tienen horarios de trabajo rotativos y los que tienen un horario fijo, presentando estos últimos una mayor percepción de calidad total ( $F_{(20)} = -2.239$ ,  $p = .037$ ). Para esta variable también se han encontrado diferencias significativas entre los profesionales y los usuarios del servicio, siendo los proveedores del mismo los que mejor puntúan la calidad total del servicio que ofrecen ( $F_{(68)} = 6.805$ ,  $p = .001$ ).

### **Satisfacción Global**

Los resultados muestran que no hay relación entre el grado de satisfacción global con la asistencia recibida respecto a las siguientes variables: sexo, estado civil, número de hijos, si vive solo o acompañado, la contribución económica a los ingresos del hogar, el número de personas que dependen de dichos ingresos, si es el responsable principal de las tareas del hogar o no, años de estudio a tiempo completo, si actualmente sigue estudiando, la nacionalidad, y el resto de variables socio-laborales.

En cambio, sí se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en diferentes aspectos. El primero de ellos hace referencia al número de hijos que viven en casa, y las diferencias se han hallado entre los que no tienen hijos viviendo en casa y los que tienen dos todavía en el hogar familiar, presentando estos últimos una mayor satisfacción global ( $F_{(3,96)} = 2.976$ ,  $p = .035$ ). En segundo lugar, se han encontrado diferencias en función del nivel de estudios, presentando los postgrados una mayor satisfacción que los que tienen el graduado escolar o el bachiller, y también muestran los diplomados una mayor satisfacción global que los que solo tienen el graduado escolar ( $F_{(4,95)} = 3.401$ ,  $p = .012$ ). De esta manera para haber una relación directa entre nivel de estudios y satisfacción global. Además, los que sí han finalizado los estudios también se sienten más satisfechos con la atención recibida que los que no los han finalizado ( $F_{(98)} = 2.925$ ,  $p = .004$ ). Por otro lado, al igual que ha ocurrido con el resto de

variables dependientes, el grado de satisfacción global también parece tener relación con los usuarios y profesionales, puesto que los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en concreto los usuarios están más satisfechos de manera global que los profesionales del centro sanitario ( $F_{(90)} = 4.348, p = .001$ ). Por último, también se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos de profesionales, los sanitarios y los no sanitarios. En concreto, el personal no sanitario presenta una mayor satisfacción global que los sanitarios ( $F_{(43)} = 3.659, p = .001$ ).

#### 4. DISCUSIÓN

En primer lugar, se observa que la **calidad objetiva** es una variable en la que sí influyen variables *socio-demográficas* como el hecho de haber finalizado los estudios, *socio-domésticas* como ser otro el responsable de las tareas del hogar, *etapas del desarrollo*, al observar que las personas de más de 65 años perciben menos calidad objetiva, *profesionales-usuarios*, al obtener los primeros una mayor puntuación en esta variable, y, por último, *sanitarios-no sanitarios* al puntuar más el personal asistencial que el no asistencial. Se podría decir que la Hipótesis 1 (H1) se cumple parcialmente, puesto que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en alguno de los aspectos que abarca cada variable independiente contemplada excepto en las variables socio-laborales.

En segundo lugar, se ha podido comprobar el cumplimiento parcial de la segunda hipótesis planteada (H2) debido a que sí han aparecido diferencias estadísticamente significativas en cuanto a variables sociodemográficas como las diferencias entre el sexo (puntuando en mayor medida las mujeres), entre las personas que no tienen hijos y aquellos que tienen dos, el nivel de estudios obteniendo una percepción mayor de calidad subjetiva aquellos que tienen un postgrado, y también los que han finalizado los estudios. Asimismo, se han hallado diferencias en una de las variables socio-domésticas, la cual hace referencia a la no responsabilidad de las tareas del hogar, también entre los profesionales y los usuarios, obteniendo de nuevo mayor puntuación los profesionales, y por último entre los sanitarios y no sanitarios, siendo los primeros los que perciben una mayor **calidad subjetiva**.

En tercer lugar, la percepción de **calidad total** por parte de los encuestados parece ser la variable que más se relaciona con el resto de variables independientes al haber encontrado diferencias entre cada una de ellas. Se observan diferencias en variables socio-demográficas como el hecho de vivir solo o en compañía, el nivel de estudios y

si estos han sido finalizados; socio-domésticas como el grado de contribución económica a los ingresos familiares; socio-laborales como el nivel jerárquico en la empresa, el turno de trabajo, el horario laboral así como el número de horas semanales de trabajo; etapas del desarrollo, percibiendo las personas mayores una menor calidad; profesionales-usuarios, percibiendo una mayor calidad los profesionales; sanitarios-no sanitarios, mostrando los asistenciales una mayor percepción de calidad total. Por tanto, se podría afirmar el cumplimiento de la Tercera Hipótesis (H3).

En último lugar, y en relación a la **satisfacción global** de los encuestados, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas únicamente con tres variables, socio-demográficas como el número de hijos que viven en casa, mostrando mayor satisfacción aquellos que sí viven acompañados de sus hijos, el nivel de estudios el cual parece que a mayor nivel de estudios mayor satisfacción en relación con niveles inferiores, y también influye el hecho de si dichos estudios han finalizado, puesto que de ser así aumenta el grado de satisfacción; usuarios-profesionales presentando en este caso una mayor satisfacción los usuarios, y sanitarios no sanitarios mostrando una puntuación mayor el personal asistencial. Por tanto, se puede hablar del cumplimiento parcial de la Cuarta Hipótesis (H4), al no encontrar diferencias significativas entre las variables socio-domésticas, socio-laborales y las etapas del desarrollo.

El hecho de haber encontrado diferencias en función de la edad corrobora el planteamiento de Jung et al., (2003) respecto a su influencia a la hora de percibir la calidad del servicio. Sin embargo, las características propias del paciente como la edad, el sexo y el nivel de estudios, consideradas de menor relevancia por parte de Robles et al., (2004) para valorar la satisfacción se asemeja a los resultados obtenidos, exceptuando el nivel de estudios que sí ha resultado ser estadísticamente significativo.

Santiñá et al., (2002) comprobó que el sexo sí era una variable a tener en cuenta, al contrario de los resultados del estudio anterior. En concreto, los hombres suelen valorar de manera más positiva que las mujeres la calidad del servicio. Sin embargo, en nuestro caso, ocurre lo contrario, son las mujeres las que perciben una mayor calidad. Dos años más tarde los dichos autores se centraron en averiguar si algún rango de edad valoraba más positivamente que otro la calidad del servicio, y expuso que al parecer los jóvenes realizaban valoraciones de tipo negativo respecto al servicio en comparación al resto de personas. Y al igual que en el estudio anterior realizado por los mismos autores, los resultados obtenidos de este estudio parecen indicar que

es, al contrario, las personas de avanzada edad son las que realizan peores valoraciones en cuanto a calidad.

Finalmente, Palacio et al., (2003) también comprobó mediante dos estudios realizados que pacientes y profesionales no valoran de igual manera ciertos aspectos relacionados con la calidad, por lo que coincide con los resultados de este estudio.

## 5. CONCLUSIONES

El nivel de estudios y si estos se han finalizado, el hecho de vivir solo o acompañado, y el número de hijos son variables que muestran diferencias a la hora de realizar valoraciones de calidad y satisfacción. El sexo, aunque no ha mostrado ser estadísticamente significativo en calidad subjetiva total o satisfacción global, sí ha sido una variable destacada para valorar la calidad subjetiva.

También ha sorprendido la significación de los resultados obtenidos respecto a las variables *socio-domésticas*, pues en concreto el hecho de ser responsable o no de las tareas del hogar y la contribución económica a los ingresos del hogar, han sido las dos variables que han mostrado más relación, la primera de ellas para valorar tanto la calidad objetiva como la subjetiva, y la segunda para valorar la calidad total. Del mismo modo, el número de hijos que viven en casa también ha resultado ser una variable que muestran diferencias en el grado de satisfacción global.

En cuanto a las variables *socio-laborales* cabe mencionar que ha sido de las que menos relación significativa han mostrado frente a las variables dependientes, excepto la calidad total, para la cual ha resultado ser estadísticamente significativa su relación con el nivel jerárquico que ocupa la persona en la empresa, el turno y el horario de trabajo, y por último, el número de horas semanales que realiza.

*Las etapas de desarrollo*, es decir, los diferentes rangos de edad en los que se encuentran los encuestados, también parece ser una variable que muestra diferencias al realizar valoraciones sobre la calidad objetiva y la total, pero no para la subjetiva y la satisfacción global.

Por otro lado, se ha observado que *usuarios-profesionales* no realizan las mismas valoraciones. En concreto, destaca que los profesionales tienen una percepción de calidad objetiva, subjetiva y total mayor que los usuarios; mientras que estos últimos realizan una mejor valoración de satisfacción global que los proveedores del servicio.

Lo mismo ocurre con los profesionales, en función de si son *sanitarios-no sanitarios* tienen unas percepciones u otras, pero en esta ocasión coincide que el personal

asistencial realiza valoraciones más positivas de calidad objetiva, subjetiva, total y satisfacción global que el personal no sanitario.

## **6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La principal limitación del estudio radica en que solo ha sido aplicado a una muestra de 100 personas pertenecientes a un hospital de Elche, y que además se dividió en diferentes subgrupos, por lo que al estratificar mucho la muestra los resultados obtenidos no pueden ser extrapolados a la población. Se realizó como estudio piloto, es decir, como un primer acercamiento para valorar si este trabajo sería viable de replicar, ampliando la muestra, en un futuro.

## **7. PROSPECTIVA DE INVESTIGACIÓN**

Sería conveniente ampliar la muestra para observar si dichas diferencias se mantienen una vez ampliada y si se obtienen, por tanto, resultados extrapolables a la población.

Del mismo modo, se podría aplicar a diferentes hospitales públicos de la provincia de Alicante para realizar comparaciones entre ellos, como estrategia de benchmarking.

## **8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 16, 276-279.
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(1), 30-37.
- Gerrig, R. J., y Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y vida*. Mexico: Prentice Hall Mexico.
- IBM (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jung, H. P., Baerveldt, C., Olesen, F., Grol, R., & Wensing, M. (2003). Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectations*, 6, 160-181.
- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J. A., Castell, M., y Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4, 12-18.

- Mira, J. J., Aranaz, J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J., y Moyano, S. (2001). Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. *Psicothema*, 13(4), 581-585.
- Mira, J. J., Buil, J. A., Rodríguez-Marín, J., y Aranaz, J. (1997). Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gaceta sanitaria*, 11, 176-189.
- Mira, J. J. (1998). Universidad Miguel Hernández (España). SERVQHOS: Encuesta de opinión sobre la calidad de la atención hospitalaria. *Elche: Calité Investigación*.
- Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., y Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(5), 273-283.
- Palacio, F., Marquet, R., Oliver, A., Castro, P., Bel, M., y Piñol, J. L. (2003). Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Atención Primaria*, 31(5), 307-314.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., y Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J. Retailing*, 64, 12-40.
- Robles, M., Dierssen, T., Llorca, J., Díaz, A. R., y Herrera, P. (2004). En busca de la excelencia: el perfil del paciente "supersatisfecho". *Revista de Calidad Asistencial*, 19(1), 34-37.
- Santiñá, M., Prat, A., González, M., Trilla, A., y Asenjo, M. A. (2002). Calidad percibida y sexo de los pacientes atendidos en un hospital universitario. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(4), 218-223.
- Santiñá, M., Prat, A., Martínez, G., Quintó, L., Trilla, A., y Asenjo, M. A. (2004). Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Revista de Calidad Asistencial*, 19(4), 238-242.
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos.
- Villegas, M. M., y Rosa, I. M. (2003). La calidad asistencial: concepto y medida. *Dirección y organización*, 29, 51-58.