

REMEDIOS CALERO

Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

VALENCIA. SPAIN

MARTINA G. GALLARZA

Universitat de València

VALENCIA. SPAIN

Dirección de contacto:
Remedios Calero
C/ Los Huertos, 37, 2º, 6ª
46500 Sagunto (Valencia)
MACAGI@alumnos.ucv.es
Telf. (34) 666 92 10 85

**PERCEPCIONES DEL USUARIO VS. PERCEPCIONES DEL GESTOR DEL
SERVICIO: UN ANÁLISIS CUALITATIVO EN EL ÁMBITO DE LAS
CONCESIONES SANITARIAS ADMINISTRATIVAS**

**ENDUSER PERCEPTIONS VS. SERVICE MANAGER PERCEPTIONS: A
QUALITATIVE ANALYSIS IN THE SETTING OF THE HEALTH
ADMINISTRATIVE CONCESSIONS**

RESUMEN

El ámbito de estudio de esta contribución es el servicio sanitario, para el que analizamos la percepción de la especificidad de una novedosa fórmula de gestión sanitaria como es la Concesión Administrativa, basada en un partenariado público-privado. Este análisis se desarrolla desde dos perspectivas distintas: la visión del gestor y profesional sanitario así como la percepción del usuario del servicio. La metodología empleada consiste en una revisión bibliográfica de la literatura de servicios y, en particular, del servicio sanitario. Asimismo, incluimos una fase de recogida de información cualitativa, en la que hemos realizado 7 entrevistas en profundidad con gestores y profesionales sanitarios. Los resultados muestran la existencia o no de divergencias en la percepción de las bondades de este modelo de gestión sanitaria y del servicio sanitario en general por parte de la oferta y la demanda de este servicio valorando la Concesión Sanitaria Administrativa como alternativa a la tradicional polarización entre prestación privada o pública del servicio sanitario.

PALABRAS CLAVE: Gestión sanitaria; Servicio Sanitario; Concesión Sanitaria Administrativa; Comportamiento del consumidor.

ABSTRACT

The setting of this contribution is the health service. We analyze the perception of the specificity of the Health Administrative Concession, an innovative management model based on a Public-Private Partnership. This analysis is developed from two different perspectives: health manager's and professional's vision and user perception of service. The methodology followed consists in the analysis and review of health management literature and, in particular, of health service. Also, we include a phase of qualitative data collection, in which we conduct seven in-depth interviews with health managers and professionals. The results show the existence or not of differences in the perception of the benefits of this model on health and general health service by supply and demand for this service valuing the Health Administrative Concession as an alternative to the traditional polarization between public or private provision of health service.

KEY WORDS: Health management; Health Service; Administrative Health Concession; Consumer Behaviour.

I.-INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario público en España ha emprendido, en la última década, una etapa de modernización. Esta modernización pasa en muchos casos por una mayor orientación hacia los destinatarios de sus servicios (Ortigueira y Ortigueira, 2001; Pérez Somalo, 2008;). Esta nueva orientación posee un atractivo notable para el investigador de Marketing, puesto que el usuario del servicio sanitario es cada vez más sofisticado y está mejor informado (Navarro y Wilkins, 2001; Tanenbaum, 2008) lo que sin duda cambia las reglas del juego del encuentro de servicio sanitario (John, 1996; Laing, Hogg y Winkelman, 2004).

En este nuevo escenario y con la presión del incremento del gasto sanitario , en Europa están cobrando mayor relevancia nuevas fórmulas organizativas que pretenden mejorar la calidad y percepción de los usuarios buscando la satisfacción del ciudadano al menor coste posible. En este marco se sitúa la Concesión Sanitaria Administrativa, un partenariado público-privado que constituye una de las mayores apuestas de la sanidad valenciana desde la apertura en 1999 del hospital de La Ribera en Alzira, siendo comúnmente reconocida esta forma de gestión como “Modelo Alzira”. Dado que este modelo se está consolidando en esta región española y se está extendiendo a otras Comunidades Autónomas, cabe estudiar cómo percibe el paciente el servicio prestado por esta nueva fórmula de gestión sanitaria en comparación con los dos modelos tradicionales, sanidad pública y sanidad privada.

Con esta realidad cambiante como marco de actuación, este trabajo tiene como objetivo explorar la percepción del servicio sanitario de manera dual: desde la perspectiva de la demanda (usuario del servicio) y desde el punto de vista de la oferta (profesionales y gestores sanitarios), buscando conocer las diferencias entre los 3 modelos de gestión sanitaria existentes en España: público, privado y de Concesión Administrativa. Para la consecución de este objetivo, dada la complejidad del encuentro de servicio sanitario, creemos que se hace necesaria una aproximación cualitativa antes de emprender cualquier esfuerzo cuantitativo de medición de dicho encuentro. Por esa razón, en este trabajo se han combinado diferentes fuentes de información: por un lado, la revisión de la literatura combinada con la información secundaria que provee el Barómetro Sanitario del año 2009 nos ha permitido estudiar la percepción del usuario del servicio sanitario (demanda). Esta información ha servido como guía para recoger la percepción de profesionales y gestores sanitarios (oferta), llevando a cabo un análisis cualitativo a

través de 7 entrevistas en profundidad con personal sanitario (médicos y ATS) y de gestión (directivos de hospitales y de la gestión pública autonómica en materia de salud).

La ponencia se organiza de la siguiente manera. En un primer momento, se presenta el sistema sanitario español como un modelo particular en el que las concesiones sanitarias administrativas vienen teniendo un auge considerable. En segundo lugar, el servicio sanitario es analizado a la luz de la revisión de la literatura, destacando las particularidades del encuentro de servicio y de su servucción. Después de este marco teórico, en una tercera parte, exponemos la metodología de nuestro estudio empírico, presentando en primer lugar el Barómetro Sanitario 2009 como la principal fuente secundaria sobre la percepción de los ciudadanos españoles de la sanidad pública y privada, y en segundo lugar justificando la elección de la entrevista en profundidad como técnica de análisis para nuestro objetivo exploratorio, presentando también la muestra, anunciada más arriba, escogida para este trabajo. Seguidamente, se muestra el desarrollo y los resultados de la investigación que recoge la discusión sobre 7 cuestiones a investigar, reagrupadas en torno a 6 grandes ejes extraídos tanto de la revisión de la literatura como del análisis del Barómetro. Un cuadro sinóptico de los resultados de las entrevistas en forma de matriz (7 cuestiones y 7 entrevistados) es provisto al término del epígrafe de resultados, al que seguirán unas conclusiones generales a este trabajo, además de las consabidas limitaciones y futuras orientaciones.

II.-MARCO TEÓRICO

1.- LA GESTIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

La Constitución Española en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos y establece que la competencia de organizar y tutelar la salud pública es de los poderes públicos. El Sistema Nacional de Salud español está inspirado en el informe Beveridge de 1942 cuyas características son: cobertura universal; financiación a través de impuestos; gestión y control por el Gobierno; propiedad estatal de los medios de producción; provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud; médicos asalariados; y participación en el pago por parte de los pacientes. Este sistema fue adoptado por Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia y Reino Unido tras la II Guerra Mundial. Mientras que Grecia, Italia, Portugal y España lo implantaron en la década de 1980. (Errasti, 1996)

Por el contrario, otros países de Europa Occidental como Austria, Bélgica, Francia, Alemania y Países Bajos optaron por el sistema Bismarck, el sistema de Seguridad Social, caracterizado por una cobertura universal obligatoria en el marco de la Seguridad Social; financiación por contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales; propiedad pública y privada de los medios de producción; y provisión pública y privada de los cuidados de salud. (c.f. Cuadro 1)

Cuadro 1. SISTEMAS DE SALUD EN EUROPA OCCIDENTAL

	SISTEMA BEVERIDGE	SISTEMA BISMARCK
	Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia, Reino Unido, Grecia, Italia, Portugal, España	Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos
Cobertura	Universal, libre acceso de todos los ciudadanos	Universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social
Financiación	Impuestos, a través de los presupuestos estatales	Contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales
Propiedad medios de producción	Estatal, aunque existe una parte del sector privado	Pública y privada
Provisión	Pública, en su mayoría	Pública y privada

Fuente: Adaptación de Errasti (1996)

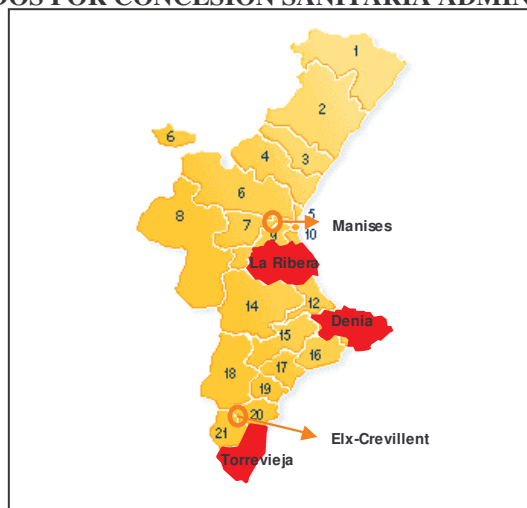
En el caso español, y comparativamente con otros países, se trata de un Sistema Nacional de Salud altamente descentralizado (Pérez Somalo, 2008; Jiménez, Rivas y Zubia, 2008). Según lo establecido en la Ley General de Sanidad de 1986 y las características del Estado de las autonomías, el sistema sanitario público es gestionado por las Comunidades Autónomas. De manera que el Sistema Nacional de Salud español se configura como la suma de los Servicios de Salud de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas. Las competencias de planificación y ordenación sanitaria corresponden a las distintas Comunidades Autónomas, siendo la coordinación general sanitaria competencia estatal. Esto provoca para el caso español lo que algunos autores han llamado “una combinación organimétrica de una poderosa burocracia profesional y una importante burocracia maquinal” (Ortigueira y Ortigueira, 2001:68).

Para el caso de la Comunidad Valenciana en el año 2005, mediante la *Orden de 12 de mayo de 2005 de la Conselleria de Sanitat* se crearon los Departamentos de Salud (demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a efectos sanitarios) y se implementó en todos ellos un nuevo modelo de gestión integrada y financiación capitativa. Se trata de un modelo que se apoya de

manera fundamental, aunque no exclusiva, en una financiación sobre base poblacional que incentiva a los proveedores a encontrar la mejor manera de coordinar los distintos niveles asistenciales para proporcionar la atención más coste-efectiva, debido a que las acciones repercuten en la cuenta de resultados del Departamento.

La Comunidad Valenciana cuenta con 24 Departamentos de Salud (cf. Figura 1). Cuya forma de gestión es directa, a excepción de 5 que son gestionados a través de una Concesión Sanitaria Administrativa, modelo de gestión sanitaria de reciente implantación en la sanidad española, siendo la Comunidad Valenciana la pionera en su adopción¹.

Figura 1. DEPARTAMENTOS DE SALUD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA GESTIONADOS POR CONCESIÓN SANITARIA ADMINISTRATIVA

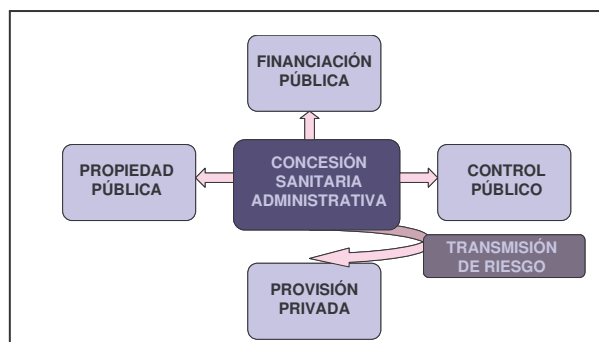


Fuente: Elaboración propia

Por Concesión Sanitaria Administrativa, entendemos *aquella relación contractual entre una parte pública y otra privada para el suministro y mantenimiento de una infraestructura sanitaria y la provisión y gestión de un servicio público de carácter sanitario cuya propiedad, financiación y control son públicos, mientras que su gestión es desarrollada íntegramente por un ente privado* (Prieto, 2006; Campoy, 2008; Rebollo, 2007). De manera que la esencia del modelo concesional, como recogemos en la figura 2, se basa en las siguientes premisas: propiedad, control y financiación públicos mientras que la prestación es de carácter privado, implicando una transmisión de riesgo al concesionario.

¹ Este modelo cubre la asistencia sanitaria de 873.631 personas respecto a una población total de 4.836.237 personas, según los datos del Sistema de Información Poblacional (S.I.P.) a 30 de abril de 2010, representando, pues, una cobertura de un 18,06% de la asistencia sanitaria de esta Comunidad Autónoma española.

Figura 2. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA CONCESIÓN SANITARIA ADMINISTRATIVA



Fuente: Elaboración propia

Se trata pues, de un intento de alejamiento del modelo burocrático de producción de servicios para orientarse hacia modelos híbridos en los que resulte posible disminuir los controles jerárquicos y administrativos, y potenciar la autonomía y los incentivos (Martín, 2007). Este modelo surge como contrapartida a los problemas del modelo de gestión pública (Caviedes, 2009): falta de flexibilidad, centralización de funciones; incentivos inadecuados; asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta; ausencia de mecanismos de rendición de cuentas; uso de tarifas y precios distorsionados; falta de disciplina financiera, burocracia con baja autonomía y significativas limitaciones en la gestión de recursos humanos y el uso de insumos. Si a todo ello sumamos el hecho de que la sanidad es una industria compleja que requiere la mayor flexibilidad posible en su gestión (Ortigueira y Ortiguita, 2001), de tal forma que sus administradores puedan asignar los recursos con la mayor eficiencia posible, emerge una necesidad de buscar fórmulas de gestión alternativas.

En respuesta a las limitaciones descritas que presenta la gestión pública, existen ventajas que impulsan a una región a adoptar un sistema público-privado para la gestión sanitaria: se favorecen las sinergias entre los sectores públicos y privados; se crean incentivos en el mercado: eficiencia; los proveedores privados pueden dar soporte a objetivos sociales, además de los económicos; se introduce competencia *por* el mercado en lugar de competencia *en* el mercado; introduce más flexibilidad en el sistema; mejora la estructura de costes; e incrementa la capacidad de responder a un aumento de la demanda (Santacreu, 2009)

Como resultado, las Concesiones Sanitarias Administrativas se benefician de todas las ventajas de la gestión privada, al tiempo que gozan de la protección y facilidades que la Administración otorga a la iniciativa pública, dando lugar a una cooperación ventajosa

para ambas partes. La cohabitación de los 3 sistemas en la Comunidad Valenciana (Privado, Público y de Concesión Administrativa) hace especialmente interesante esta región para una análisis como el que se propone en este trabajo.

2.- EL SERVICIO SANITARIO

Servicio sanitario son *“las actividades o procesos que realizan los profesionales o las instituciones sanitarias con el objetivo de satisfacer las necesidades de cuidado y atención de un tipo especial de clientes, los pacientes”* (Conde, 1994, pág.25). Aunque esta definición es acorde a la mayoría de las conceptualizaciones del servicio, que se plantean exclusivamente desde una óptica de oferta, como *“actuaciones”* (eg. A.M.A., 1960:21; Kotler, 2006:420), en el caso del servicio sanitario, creemos necesario retener una óptica dual oferta-demanda, como la que plantea Gronröos (1990:26-27) destacando *“interacciones entre el cliente y los empleados de servicio y/o los recursos físicos o productos y/o sistemas de dar servicio, que son generados como soluciones a los problemas de los clientes”*.

Además de las clásicas características de los servicios (Zeithaml y Bitner, 1996), el servicio sanitario posee una idiosincrasia como servicio que describimos a continuación:

- Dinamicidad: Durante la prestación del servicio, éste se ve modificado en función de los nuevos datos y situaciones que tengan lugar (Lovelock. 1996). Requiere tanto de procedimientos complejos, en ocasiones sofisticados, como de conocimiento especializado y tecnología con los que resolver problemas concretos como alterar el curso normal de las enfermedades, prevenir, curar, rehabilitar (Conde, 1994) A lo largo del encuentro de servicio, la percepción de satisfacción por parte del paciente puede verse afectada en repetidas ocasiones antes de proceder a su valoración final del servicio. De manera que el enfoque de la gestión y de las distintas estrategias debe pivotar en torno al paciente tratando de lograr su satisfacción y establecer un vínculo que asegure su fidelidad.
- Altas expectativas de los usuarios: La expectativa adquiere grado de excelencia en el momento de decidir la satisfacción de una necesidad (Corella, 1998). Esta realidad afecta a la medición de la calidad del servicio sanitario con modelos de disconfirmación de expectativas como el Servqual. Se hace necesaria una estudiada

planificación y coordinación que evite demoras y garantice una correcta prestación así como con una capacidad de respuesta adecuada. Además, se hace necesaria la tangibilización del servicio mediante equipos modernos, tecnología punta tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y cuidando el aspecto y las formas de los empleados.

- Incertidumbre: Es uno de los factores que más influye en el comportamiento de los profesionales médicos. Por un lado, una parte esencial consiste en diagnosticar a los pacientes, a menudo con urgencia y disponiendo de información siempre imperfecta. Por otro lado, existen graves dificultades para medir o evaluar el resultado de la actuación de un médico, puesto que cada paciente demanda, recibe y percibe los servicios de manera diferentes de forma que, aún compartiendo síntomas comunes, existe incertidumbre sobre los efectos de un tratamiento (Hidalgo, 2006).
- Relación profesional sanitario-paciente: La relación que se da entre el prestador del servicio, ya sea un médico o un profesional sanitario (enfermera, psicólogo, auxiliar,...), y el consumidor del servicio no es de igual a igual, lo que necesita replanteamientos continuos del encuentro de servicio sanitario (John, 1996; Laing, Hogg y Winkelman, 2004). El paciente acude en busca del conocimiento y pericia del profesional, a lo que se suma que, en la enfermedad, hay una posición de partida del paciente incómoda, teñida muchas veces por la angustia y el temor. Como indica Ortún (2008), podríamos conceptualizar esta relación como una relación de agencia, con diferentes intereses entre las partes.
- Complejidad del sistema de *Servucción* sanitario: En la *servucción* del servicio sanitario las relaciones de concomitancia (entre el paciente principal y el servicio recibido y el resto de usuarios y servicios) son mas cítricas (tanto positivas como negativas) porque el paciente no es un ente aislado sino que es sensible al servicio prestado a otros usuarios así como, al mismo tiempo, obtiene información y referencias de éstos (Calero y Gallarza, 2009). La fuerte interacción personal que se da en el servicio sanitario afecta a la calidad, a la diferenciación del servicio así como a la satisfacción del cliente (Bateson, 1995). Precisamente, el servicio sanitario representa el nivel más alto de servicio personal (Palmer, 2005).
- El prestador del servicio es prescriptor: El médico, además de ofrecer su servicio directo (diagnóstico, consejo,...), se convierte en intermediario respecto a otros servicios sanitarios. Indicará un tratamiento, prescribirá una receta, aconsejará unas

radiografías, analíticas, le señalará la conveniencia de una operación determinada,... Es decir, el médico, como experto y consejero, se convierte en “agente” del enfermo y condiciona qué otro tipo de servicios sanitarios consumirá dicho enfermo (Conde, 1994).

- Consumidor mediatizado por otras influencias como Internet: La relación médico-paciente está cambiando: la asimetría en el poder y la información ya no es tan acentuada, porque el consumidor de servicios sanitarios busca otras fuentes como Internet (Navarro y Wilkins, 2001; Tanenbaum, 2008), especialmente en enfermedades crónicas (Ouschan, Sweeney, Johnson, 2006). Nos enfrentamos a lo que se conoce como “e-healthcare” (Lin y Umoh, 2002; Mukherjee y McGinnis, 2007) que enriquece y complica el tradicional encuentro de servicio sanitario.

III.- METODOLOGÍA

2.1.- OBJETIVOS Y TÉCNICAS

El propósito de este trabajo consiste en explorar la percepción del servicio sanitario tanto desde la perspectiva de la demanda (usuario del servicio) como desde el punto de vista de la oferta (profesionales y gestores sanitarios) buscando conocer diferencias entre los 3 modelos de gestión sanitaria existentes en España. La metodología seguida para ello es de carácter cualitativo: por un lado se procedió a un análisis de contenido de la revisión de la literatura y de la información secundaria provista por el Barómetro sanitario, del que se extrajeron 7 cuestiones a investigar, reflejo de la idiosincrasia del servicio sanitario y de la percepción actual de los usuarios del dicho servicio en España. Por otro lado, estas cuestiones fueron después objeto de discusión en entrevistas en profundidad mantenidas con prestadores del servicio sanitario (médicos, personal de enfermería y gestores).

El Barómetro Sanitario es un estudio de opinión elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (C.I.S.) desde 1995 y con periodicidad anual. En el cuadro 2 recogemos la ficha técnica del Barómetro correspondiente al año 2009, que es el último año disponible y, por tanto, el utilizado en este trabajo.

Cuadro 2. FICHA TÉCNICA BARÓMETRO SANITARIO 2009

Universo	Población residente de ambos sexos mayores de 17 años
Tamaño de la muestra	7.800 entrevistas, distribuidas en tres sub-muestras de 2.600 entrevistas cada una de ellas
Periodo de referencia	Marzo - noviembre 2009
Error muestral	El conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo de +/- 1,1% para un nivel de confianza del 95,5% y P=Q e muestreo aleatorio simple

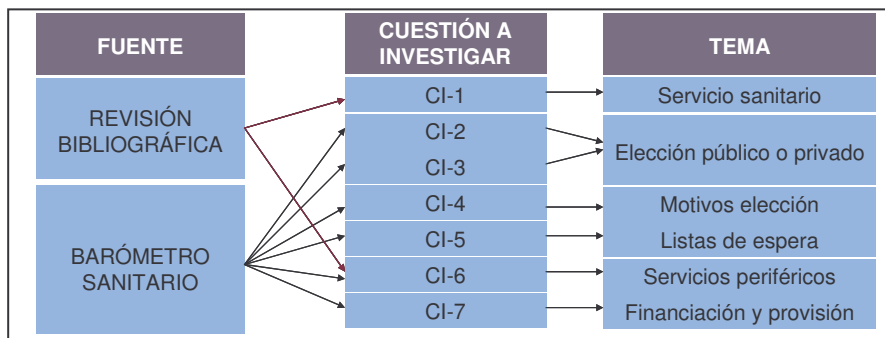
Fuente: Barómetro Sanitario 2009

El Ministerio de Sanidad y Política Social elabora el Barómetro Sanitario con el propósito de conocer la opinión de los ciudadanos, como un elemento esencial para establecer las prioridades de las políticas de salud (Del Llano, 2006). Asimismo, persigue otros objetivos de carácter secundario tales como: a) saber la opinión de los ciudadanos acerca de determinadas medidas de política sanitaria; b) conocer la penetración real de las estrategias informativas de las autoridades de salud; c) obtener información sobre el grado de conocimiento o sobre las actitudes de los ciudadanos hacia problemas de salud o actuaciones específicas del Sistema Nacional de Salud

Puesto que el objetivo de nuestro trabajo es de carácter exploratorio, la obtención de datos cualitativos es la más adecuada, en combinación con el estudio de datos secundarios, puesto que este análisis nos permite ahondar en la subjetividad de un conjunto de cuestiones relativas a cómo se crea y significa una experiencia social (Mercado, 2000). La entrevista en profundidad es una técnica cualitativa directa en la que no se oculta al sujeto investigado el objeto de la investigación (García Ferrer, 2002) obteniéndose como ventajas: a) la combinación de estructura con flexibilidad; b) la interacción; c) permite al investigador explorar las razones, sentimientos, opiniones y creencias del entrevistado (Legard et al., 2003), todas ellas de interés para los objetivos de esta investigación.

A modo de resumen de la particular metodología seguida para este trabajo, proponemos la Figura 3, que recoge las fuentes utilizadas, los temas estudiados y las Cuestiones a investigar propuestas.

Figura 3. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



Fuente: Elaboración propia

2.2.- MUESTRA

Puesto que el objetivo de este trabajo es exploratorio, la relevancia del tipo de muestreo no reside en el tamaño de la muestra sino en los individuos seleccionados. Cada individuo analizado debe ser susceptible de aportar ideas y puntos de vista interesantes. De este modo, la elección de nuestra muestra es estratificada propositiva (Ritchie, Elam y Lewis, 2003), al seleccionar grupos de entrevistados que poseen diversidad entre ellos, pero guardan cierta homogeneidad por su ocupación y/o formación, conocedores todos de los tres modelos de gestión sanitaria objeto de estudio. Concretamente, se han seleccionado los siguientes perfiles:

- Perfil 1 (3 entrevistados): Profesional sanitario con experiencia profesional en los tres tipos de gestión sanitaria estudiados (pública, privada y colaboración público-privada): dos profesionales médicos y un profesional enfermero.
- Perfil 2 (2 entrevistados): Profesional sanitario que ha ejercido o ejerce prestando asistencia sanitaria y, actualmente, desarrolla su labor desde el ámbito de la gestión en la Conselleria de Sanidad. Debido a su experiencia, ofrece una doble visión como profesional y como gestor sanitario.
- Perfil 3 (2 entrevistados): Gestor sanitario, ocupando un primer entrevistado el cargo de gerente de un hospital público mientras que un segundo entrevistado desempeña un cargo directivo en la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana encargado de la implementación y gestión de la concesión sanitaria administrativa en esta región española.

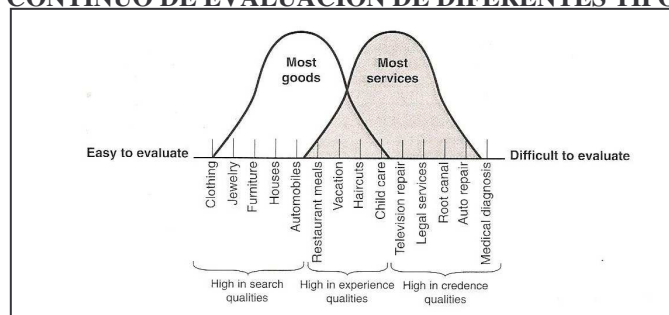
IV.- DESARROLLO Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tras la revisión de la literatura y de un análisis en profundidad del Barómetro Sanitario de 2009, destacamos a continuación 7 cuestiones relativas a la percepción del servicio sanitario desde la perspectiva de la demanda (usuario del servicio) que consideramos merecen ser contrastadas con la percepción del servicio sanitario desde la óptica de la oferta (profesionales y gestores sanitarios). La exposición y justificación de estas cuestiones se presenta a continuación, reagrupadas en torno a 6 grandes ejes. Un cuadro sinóptico de los resultados de las entrevistas en forma de matriz (7 cuestiones y 7 entrevistados) es provisto al término de esta epígrafe de resultados, al que seguirán unas conclusiones generales.

1.- DIFICULTAD DE EVALUACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO

En consonancia con la revisión de la literatura que exponíamos más arriba, una cualidad del servicio sanitario es, sin duda, su dificultad de evaluación por el consumidor. Tal y como recoge la figura 4, dentro de los tres tipos de ofertas de productos y servicios que reconocen Zeithaml, Bitner y Gremler (1996), en función de la facilidad o dificultad del consumidor a la hora de evaluarlos, el servicio sanitario ocupa el lugar extremo de la tercera categoría: servicios que poseen un mayor grado de características de credibilidad puesto que, incluso después de su consumo, el usuario es incapaz de evaluar el servicio. El servicio sanitario forma, pues, parte de este último grupo, ya que muy pocos pacientes disponen de los suficientes conocimientos médicos como para valorar si el servicio sanitario que han recibido ha sido el adecuado y se ha prestado correctamente.

Figura 4. CONTINUO DE EVALUACIÓN DE DIFERENTES TIPOS DE SERVICIO



Fuente: Zeithaml, Bitner y Gremler (1996)

En la misma línea, Gabbott y Hogg (1998) señalan que el resultado del servicio sanitario es difícil de juzgar por los propios pacientes. Un paciente puede saber si los

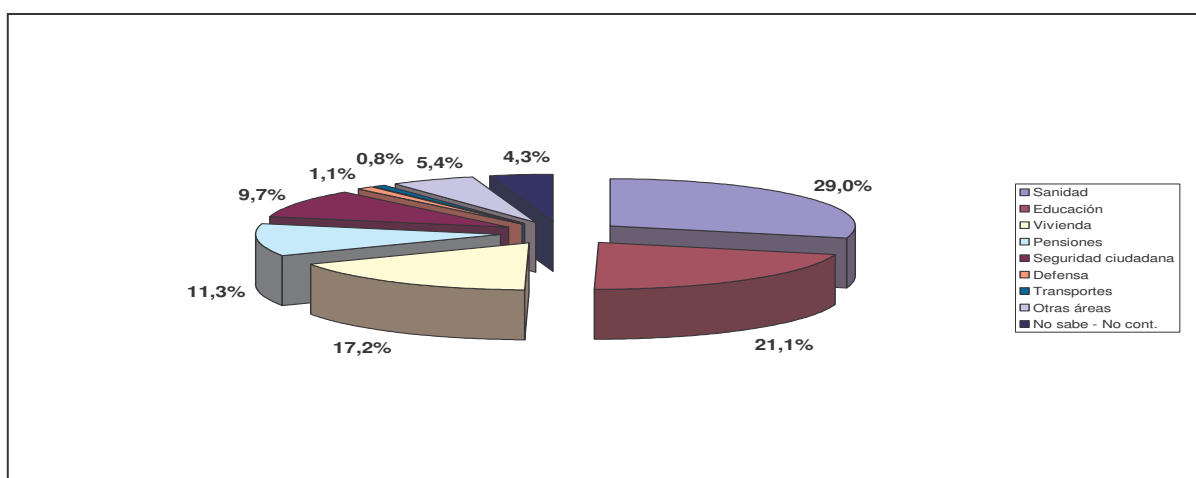
síntomas han desaparecido, pero no es capaz de juzgar él mismo si ha sido curado de su enfermedad o si el tratamiento prescrito constituía la alternativa más eficaz. De este modo, planteamos la siguiente Cuestión a Investigar:

CI₁ “*El servicio sanitario constituye el servicio con mayor dificultad para el usuario a la hora de evaluarlo debido a que el paciente no dispone de los conocimientos médicos suficientes como para saber si el servicio sanitario recibido es el adecuado*”.

2.- ELECCIÓN DE SERVICIO PÚBLICO O PRIVADO

Tal y como describen Gabbott y Hogg (1998), el resultado del servicio sanitario no es la sanidad en si misma, sino más bien la salud y el bienestar. Esta necesidad de salud y bienestar por parte de la población queda reflejada en el resultado obtenido por el Barómetro Sanitario a la pregunta acerca de qué áreas sociales consideraban que eran las de mayor interés para los ciudadanos. La sanidad es considerada el área de principal importancia, seguida por la educación y la vivienda, en ese orden. (c.f. Figura 5)

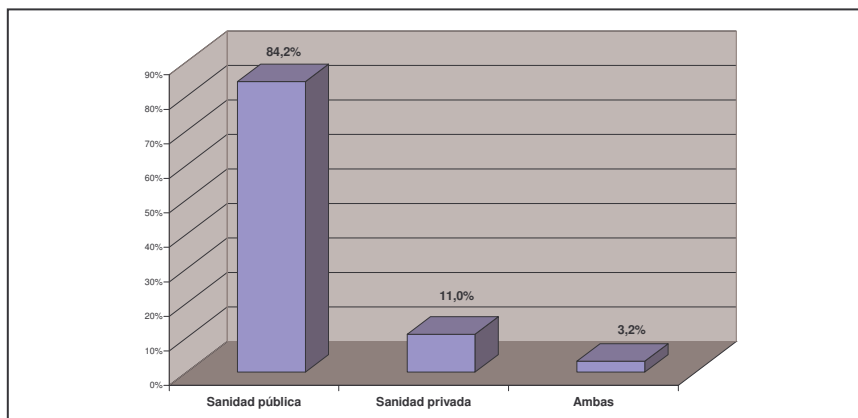
Figura 5. ÁREAS DE MAYOR INTERÉS PARA LOS CIUDADANOS



Fuente: Barómetro Sanitario 2009

Dado que la sanidad constituye el área de mayor relevancia para los ciudadanos, centramos nuestro interés en conocer dónde acuden para satisfacer esta necesidad y qué factores determinan su decisión. De acuerdo con los datos del Barómetro, observamos que el 84,2% de los ciudadanos acuden con mayor frecuencia a un centro público frente a un 11 % que acude a un centro privado y un 3,2% que acude tanto a uno como otro centro (c.f. Figura 6).

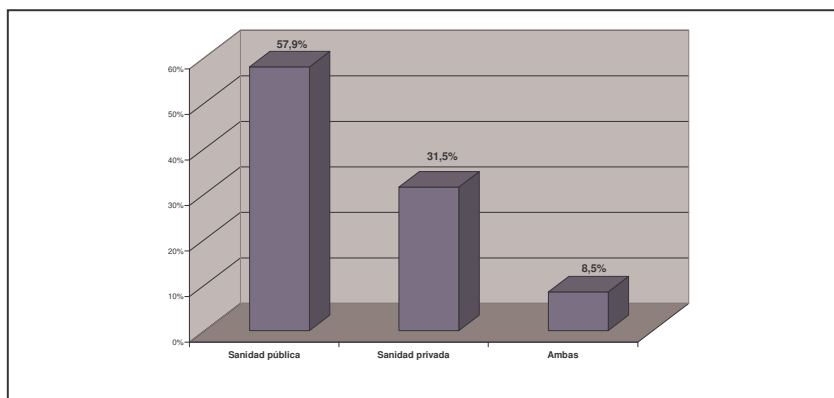
Figura 6. PREFERENCIAS POR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA O PRIVADA



Fuente: Barómetro Sanitario 2009

Sin embargo, cabe destacar que este porcentaje varía si, en lugar de preguntar al usuario por los centros a los que acude con mayor frecuencia, el Barómetro Sanitario plantea la siguiente pregunta: “Si pudiera elegir y Ud. o algún miembro de su familia tuviera una enfermedad grave, ¿a dónde acudiría, a un servicio sanitario público o a uno privado?” Recogemos la respuesta de los ciudadanos en la Figura 7.

Figura 7. PREFERENCIAS POR LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA O PRIVADA ANTE UNA ENFERMEDAD GRAVE



Fuente: Barómetro Sanitario 2009

De manera que, ante una enfermedad grave, habría una mayor preferencia por la sanidad privada, elevándose este porcentaje del 11% al 31,5%. A la vista de los resultados mostrados, extraemos la siguientes Cuestiones a Investigar, a contrastar con los profesionales y gestores sanitarios entrevistados:

CI₂ “*La sanidad privada se mantiene en España a la sombra de la sanidad pública*”.

CI₃ “*La preferencia del paciente por la sanidad privada es mayor ante enfermedades graves que ante situaciones no revestidas de gravedad*”.

3.- MOTIVOS DE ELECCIÓN DE SANIDAD PÚBLICA O SANIDAD PRIVADA

Después de conocerla preferencia por el servicio sanitario público o privado, queremos centrar nuestra atención en los motivos que llevan al paciente a decantarse por uno u otro. Como mostramos en la tabla 1, a la luz de los resultados del Barómetro Sanitario de 2009, los ciudadanos optan por el sistema sanitario público fundamentalmente por la tecnología y medios de que disponen sus centros sanitarios y por la capacitación de sus profesionales médicos y de enfermería. Mientras que prefieren el sistema sanitario privado por la rapidez con que se les atiende, el confort de las instalaciones y el trato personal recibido.

Tabla 1. MOTIVOS DE ELECCIÓN DE UN SISTEMA SANITARIO PÚBLICO O PRIVADO

	SANIDAD PÚBLICA	SANIDAD PRIVADA	
VALORACIÓN	+	Tecnología y medios de que dispone	Rapidez con que atienden
		Capacitación de los médicos	Confort de las instalaciones
		Capacitación de la enfermería	Trato personal recibido
		Información recibida sobre el problema de salud	Información recibida sobre el problema de salud
		Trato personal recibido	Tecnología y medios de que dispone
		Confort de las instalaciones	Capacitación de los médicos
		Rapidez con que atienden	Capacitación de la enfermería
	-		

Fuente: Barómetro Sanitario 2009

Si contrastamos esta información con aspectos propios del comportamiento del consumidor es sabido que una de las consideraciones más importantes para los consumidores, a la hora de elegir entre distintas alternativas, es la comodidad del acceso, entendiendo por comodidad del acceso la localización física, los días y horas de apertura y las opciones de compra y entrega (Kotler y Lee, 2007). Así, mientras los proveedores del servicio sanitario tradicionalmente han centrado su atención en la tecnología y los medicamentos, los pacientes muestran una mayor preocupación por el servicio y la información recibidos (Zeithaml y Bitner, 1996). Los pacientes buscan experiencias positivas, reconfortantes y no traumáticas tanto para ellos como para sus familiares. Debido a esto, otorgan un gran valor al confort de las instalaciones.

Estos argumentos podrían explicar que tanto la rapidez en la atención como el confort de las instalaciones hagan decantarse al paciente por un tipo u otro de gestión sanitaria.

Del mismo modo, como muestra la tabla 1, la tecnología y los medios disponibles decantan la balanza a favor de la sanidad pública. La tecnología ayuda al médico en su

trabajo diario, entendiendo el concepto tecnología en un sentido amplio: tecnología diagnóstica y terapéutica, tecnología preventiva y curativa, tecnología farmacéutica y quirúrgica (Gervás. 2009). De forma que la disponibilidad de tecnología se configura como una herramienta fundamental del profesional sanitario, valorada, por tanto, por el usuario de este servicio.

En cuanto a la capacitación de los médicos y enfermeros, la elección de un determinado centro por un paciente puede verse condicionada no tanto por las características del centro sanitario como por el deseo de ser atendidos por un profesional determinado (Van Looy *et al.* 1998).

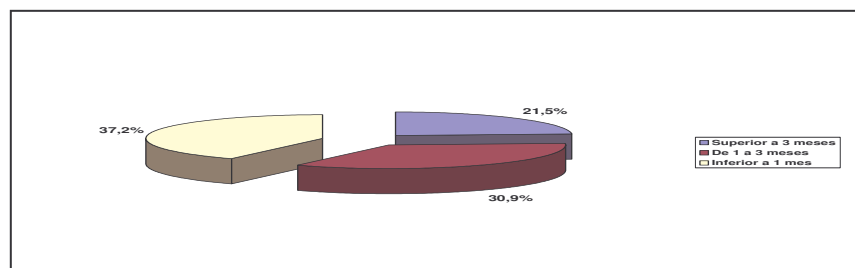
Ahora bien, ante un modelo de gestión sanitaria que aúna características de la sanidad pública y de la sanidad privada, como es el caso de la Concesión Sanitaria Administrativa, nos interesa conocer en qué medida puede incorporar estos elementos y aprovechar las sinergias este modelo de colaboración público-privada. A estos efectos, planteamos la siguiente Cuestión a Investigar:

CI 4 “*El modelo de Concesión Sanitaria Administrativa permite incorporar las bondades de la sanidad pública (tecnología y medios, capacitación del personal sanitario) y de la sanidad privada (rapidez, confort).*”

4.- LISTAS DE ESPERA

En el apartado anterior, hemos mencionado que la rapidez en la atención es un factor considerado por el paciente en el momento de decidir entre un servicio sanitario público o privado. Concretamente, hemos mostrado cómo este elemento parece decantar al paciente por la sanidad privada. A continuación, mostramos en la figura 8 los tiempos de espera a los que se enfrentan los pacientes del sistema sanitario público a la hora de obtener cita para una consulta del especialista.

Figura 8. SANIDAD PÚBLICA. TIEMPO DE ESPERA CONSULTAS ESPECIALISTA

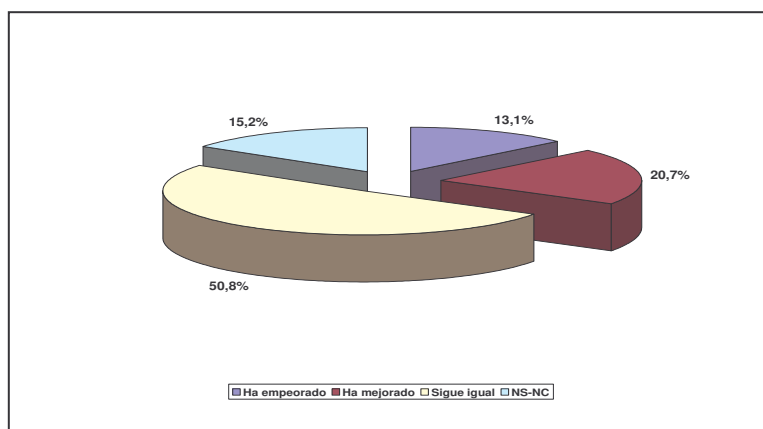


Fuente: Barómetro Sanitario 2009

Esta demora conlleva, tal y como recoge el Barómetro Sanitario de 2009, que los aspectos peor valorados por el usuario del servicio sanitario público estén relacionados precisamente con los tiempos de espera: el tiempo que tardan en los resultados de las pruebas diagnósticas, la tardanza en ser atendido desde que se pide la cita, la facilidad para conseguir cita, la espera que se produce hasta entrar en la consulta, el tiempo de demora para ingreso no urgente, ...

Respecto a la percepción del usuario de la evolución de las listas de espera (c.f. figura 9), la mitad de los ciudadanos considera que el problema de las listas de espera sigue igual, creyendo que ha mejorado únicamente un 20,7% de los usuarios.

Figura 9. SANIDAD PÚBLICA. PERCEPCIÓN EVOLUCIÓN LISTAS DE ESPERA



Fuente: Barómetro Sanitario 2009

Las listas de espera se han convertido un problema para la sanidad pública que está favoreciendo la predisposición del usuario hacia la sanidad privada. Como señala Van Looy (1998, pág. 290), *“No nos gusta esperar. El tiempo que tenemos que esperar antes de ser atendidos afecta a nuestro nivel de satisfacción y nuestro comportamiento de recompra”*. O, en palabras de Bateson (1995, pág. 223), *“el consumidor no solo demanda calidad, también demanda rapidez”*. Es por todo ello que planteamos la siguiente Cuestión a Investigar:

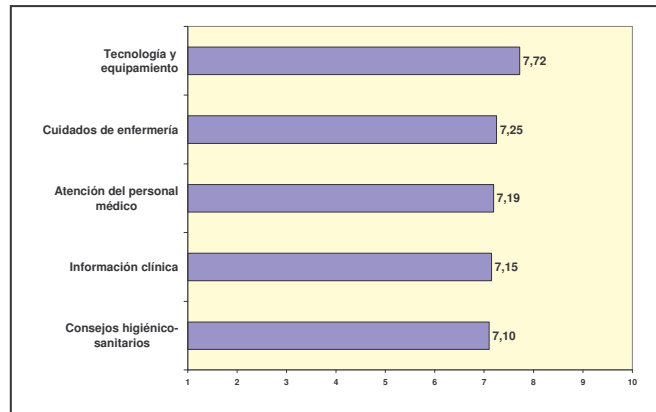
CI 5 “Las listas de espera de la sanidad pública provocan una fuga de pacientes del sistema sanitario público al privado”.

5.- SERVICIOS PERIFÉRICOS

Respecto a la valoración de la asistencia que se presta en hospitales públicos, cabe resaltar, de entre los resultados que ofrece el Barómetro Sanitario de 2009 medido con

una escala de 1 a 10, el hecho de que el aspecto más valorados sea la tecnología y equipamiento (7,72), seguido por los cuidados de enfermería (7,25) y, en tercer lugar, la atención del personal médico (7,19).

Figura 10. VALORACIÓN DE LAS ASISTENCIA QUE SE PRESTA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS (Escala 1-10)



Fuente: Barómetro Sanitario 2009

La diferencia entre la valoración del servicio de atención médica frente al servicio de cuidados de enfermería no es excesiva. Sin embargo, es suficiente para mostrar cómo lo que Eiglier y Langeard (1989) entienden como *servicio periférico* (los cuidados de enfermería en este caso) es más valorado por el paciente que el servicio base (diagnóstico y curación). Quizá debamos interpretar el servicio sanitario bajo el modelo de dimensiones de producto de Levitt (1980), en donde el paciente no obtiene únicamente la satisfacción de su necesidad principal (beneficio básico) sino que recibe un conjunto de servicios periféricos que conllevan un valor añadido. De manera que el paciente acaba incorporando esos servicios periféricos al servicio base convirtiéndolo en el servicio esperado. Otros elementos diferenciadores ofrecidos por el proveedor del servicio sanitario (como la amplitud de horarios) nos permitirán hablar de servicio aumentado e, incluso, de servicio potencial, lo que en definitiva configura la oferta sanitaria y es en sí misma, fuente de competitividad.

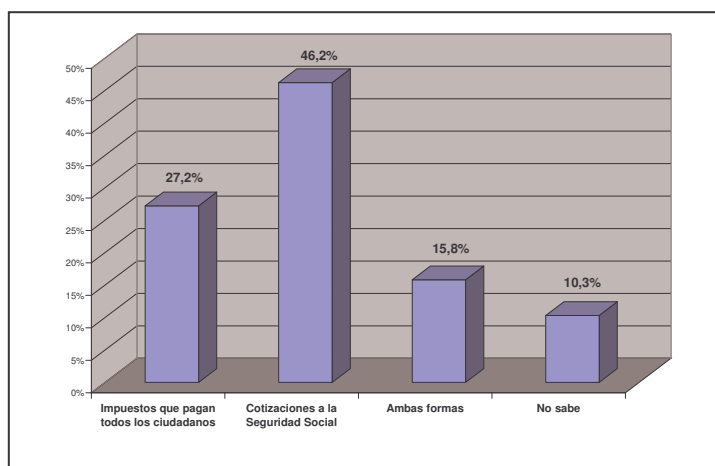
Respecto a este punto, formulamos la siguiente Cuestión a Investigar a contrastar con el juicio de los profesionales y gestores sanitarios a entrevistar:

CI 6 “*Los cuidados de enfermería están mejor valorados por el paciente que la atención del personal médico*”.

6.- FINANCIACIÓN Y PROVISIÓN DE LA SANIDAD

Otro aspecto a destacar de la información recogida por el Barómetro Sanitario de 2009 hace referencia al grado de conocimiento del usuario sobre la financiación de la sanidad pública. Una mayoría de los ciudadanos (46,2%) cree que la sanidad pública en España se financia con cuotas a la Seguridad Social que satisfacen los trabajadores. Tan sólo el 27,2% considera que se financia mediante los impuestos que pagan todos los ciudadanos. Un 15,8% contesta que se financia por ambas vías, impuestos y cuotas a la Seguridad Social. Mientras que un 10,3% desconoce el modo de financiación. (c.f. figura 11).

Figura 11. CONOCIMIENTO DEL CIUDADANO ACERCA DE CÓMO SE FINANCIA LA SANIDAD PÚBLICA



Fuente: Barómetro Sanitario 2009

Sin embargo, hay un alto porcentaje de respuesta errónea a esta cuestión por parte de los ciudadanos. Como es sabido, el Sistema Nacional de Salud se financia mediante impuestos que pagan todos los ciudadanos. Este desconocimiento de la población del modo de financiación de la sanidad pública nos hace pensar que el usuario está más interesado por el servicio sanitario que recibe que por el modo en que éste es financiado. El ciudadano no muestra interés por conocer cómo se financia la sanidad pública sino que su preocupación se centra, conforme hemos mostrado en apartados anteriores, en aspectos relacionados con la calidad, la accesibilidad, los medios y la tecnología, el confort de las instalaciones,...

Aplicando un paralelismo entre financiación y gestión, nos interesa conocer si el usuario es consciente de quién es el proveedor del servicio sanitario público que recibe. Es decir, en un modelo de colaboración público-privada como la Concesión Sanitaria

Administrativa, en el que la propiedad, control y financiación son públicos mientras que la provisión es privada, queremos saber en qué medida el paciente es consciente de que la provisión del servicio sanitario es efectuada por una entidad privada. De esta manera, planteamos esta Cuestión a Investigar:

CI 7 “El ciudadano no muestra interés por conocer el modo de financiación de la sanidad pública. Sin embargo, en el marco del sistema sanitario público, sí está interesado por saber si la provisión del servicio sanitario que recibe es realizada por una entidad pública o privada”.

Todas estas cuestiones han sido objeto de análisis y discusión en las 7 entrevistas en profundidad, pudiéndose, como era nuestro objetivo, contraponer la opinión de los usuarios con la de los prestadores del servicio. Los resultados obtenidos son resumidos en la Tabla 2 en forma de matriz (7 cuestiones * 7 entrevistados), y su análisis y discusión de acuerdo a los objetivos fijados para este trabajo quedan contenidos en el siguiente epígrafe de conclusiones.

**Tabla 2 (I). PERCEPCIÓN DEL SERVICIO SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OFERTA
PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD REALIZADAS**

	PROFESIONAL SANITARIO			PROFESIONAL Y GESTOR SANITARIO		GESTOR SANITARIO	
	MÉDICO		ATS	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7
	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3				
CI-1	En el servicio sanitario, es muy difícil medir la calidad.	No es tan difícil para el paciente valorar el servicio sanitario porque éste ya cuenta con información.	Es un servicio difícil de valorar por el paciente.	El paciente sí sabe juzgar el servicio que se le presta.	Elevada ignorancia médica por parte del paciente.	El usuario no tiene parámetros para valorar.	El paciente no tiene la formación suficiente para juzgar.
	La satisfacción del paciente depende, en gran medida, de la confianza generada por el doctor.	Depende de la enfermedad o del procedimiento quirúrgico o médico a efectuar.	Es debido a la terminología empleada y el poco tiempo dedicado por los profesionales sanitarios.	Se valora más la atención al paciente que la calidad clínica.	Se valora más el trato personal y el confort de las instalaciones que la calidad de la atención.	El paciente valora más el paraservicio.	Valora más paraservicios como la hostelería porque son los únicos que puede conocer.
	La relación médico-paciente requiere empatía por parte del profesional sanitario.	Hay una relación de dependencia del paciente respecto al médico debido a que este último cuenta con más información.	También se debe al temor y angustia del paciente ante la situación. Es un servicio de máxima criticidad.	El paciente lo cuestiona todo, busca en fuentes de información como internet.	En el servicio sanitario, es muy importante la empatía.	Generalmente, no buscan una segunda opinión, con lo que no pueden comparar.	Las instituciones sanitarias adolecen de dar información.
	En el servicio sanitario es necesaria una jerarquía médico-paciente.	El usuario valora paraservicios como la hostelería, la limpieza,...	El servicio sanitario requiere empatía por parte del profesional.		El paciente se informa cada vez más, pero eso es positivo, es cultura.	Valoran mucho el trato, la confianza, la relación.	
	El paciente se informa más, pero tal vez está mal informado.	El paciente cada día está más preocupado por obtener información.					
CI-2	El usuario español está mal acostumbrado, no gasta dinero en sanidad.	La sanidad pública española es preferida por medios y calidad.	El paciente prefiere la sanidad pública, ya que tiene acceso a ella al pagarla a través de sus impuestos.	El paciente prefiere la sanidad pública.	La sanidad pública española es la mejor que hay.	La sanidad pública y la privada tienen sus nichos de mercado.	Fundamentalmente, es debido a que la sanidad pública es gratuita.
	El paciente acude al sistema privado en busca de rapidez o de una segunda opinión.	El sistema sanitario público no es sostenible.	La sanidad pública es universal.	En los últimos años, está en auge la sanidad privada debido a la demora de la sanidad pública.	La sanidad privada es residual: para partos y enfermedades menores.	La sanidad pública es universal, la pagamos entre todos y sabemos que es una opción, pero es insostenible.	La sanidad pública, en general, es buena.
	La sanidad pública en España es buena, pero no es sostenible.		La sanidad privada es una segunda opción.	El sistema sanitario público español es de los mejores.		No todas las personas pueden pagar la sanidad privada.	
			Se acude al sistema privado en busca de rapidez, de una segunda opinión o de confort en las instalaciones.	La sanidad pública tiene más problemas organizativos que relacionados con la calidad.		El sistema público es el preferido y predominante.	

**Tabla 2 (II). PERCEPCIÓN DEL SERVICIO SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OFERTA
PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD REALIZADAS**

	PROFESIONAL SANITARIO			PROFESIONAL Y GESTOR SANITARIO		GESTOR SANITARIO	
	MÉDICO		ATS	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7
	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3				
CI-3	Ante un problema grave, el paciente busca la rapidez de la sanidad privada.	Acude a la sanidad privada por la rapidez, busca la atención urgente a su necesidad.	La angustia y el temor ante una enfermedad grave llevan al paciente a la sanidad privada en busca de una segunda opinión.	Ante un problema grave, si el paciente acude a la sanidad privada es por evitar la demora de la sanidad pública.	Cuando surge un problema grave, los pacientes acuden a la sanidad pública.	Si la enfermedad es grave, se acude a la sanidad pública.	Para procesos graves, quien tiene los medios es la sanidad pública.
	Para las enfermedades graves, es recomendable la sanidad pública.	El paciente confunde gravedad con urgencia.	También para que se les dedique más tiempo y sentir que tienen el control de la situación.	El concepto "gravedad" es subjetivo.	La gravedad es un concepto diferente para el paciente y para el médico.	A la sanidad privada, se acude para pruebas diagnósticas e intervenciones de poca complejidad.	En procesos graves, al estar más tiempo ingresado, valoras mucho el confort.
		Ante los problemas graves, es preferible la sanidad pública.		Ante una enfermedad grave, es recomendable acudir a la sanidad pública.	Hay una confusión entre gravedad, prioridad y urgencia.		El paciente confunde urgencia con gravedad. Incluso, gravedad con incomodidad.
CI-4	La CSA aúna las ventajas de la sanidad pública y la privada.	La CSA intenta recoger las ventajas de la sanidad pública y, además, añade las ventajas de la privada.	En la CSA se han introducido elementos positivos de la sanidad pública y la privada.	Si el modelo de CSA funciona bien, sí que puede aunar las ventajas de la sanidad pública y la privada.	Con el tiempo, se están aproximando las formas de gestión público y privada.	La CSA es capaz de combinar las ventajas de los dos sistemas.	Las CSA incorporar las ventajas de la privada. Pero, con el tiempo, acaban abandonándolas pareciéndose más a la sanidad pública.
	El modelo de CSA no acaba de estar bien conceptualizado.	En la CSA, se importan los elementos positivos de la gestión privada a la pública, no al revés.	Su mayor potencial reside en la contratación del personal.			Combina la visión largo-placista del sistema público con la buena gestión del sistema privado.	Las CSA van a converger al modelo público.
	La CSA no está recogida en las estadísticas oficiales.	Se busca un equilibrio entre los medios y la tecnología de la sanidad pública y el confort y rapidez de la privada.				La CSA es un modelo exitoso en otros sectores.	
	La CSA es un tercer modelo de gestión sanitaria, ni público ni privado.	La CSA no es un tercer modelo de gestión.				La CSA es un modelo con futuro debido a los problemas de sostenibilidad de la sanidad pública.	
		La CSA es una variedad de la sanidad pública.				Hay que separar la figura del prestador del productor del servicio sanitario.	
						La combinación de los dos modelos es una forma eficiente de gestionar la sanidad.	

**Tabla 2 (III). PERCEPCIÓN DEL SERVICIO SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OFERTA
PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD REALIZADAS**

	PROFESIONAL SANITARIO			PROFESIONAL Y GESTOR SANITARIO		GESTOR SANITARIO	
	MÉDICO		ATS	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7
	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3				
CI-5	La sanidad privada es la alternativa para acortar los plazos de la sanidad pública.	La listas de espera son un problema de la sanidad pública.	La lista de espera provoca que los pacientes acudan a la sanidad privada para acortar plazos.	La lista de espera de la sanidad pública sí que provoca que acudan más pacientes a la sanidad privada.	La lista de espera es la mayor preocupación de los directores médicos.	El sector privado es colaborador del sector público, es un complemento.	Como la sanidad pública tiene que atenderlo todo, genera las listas de espera.
	La lista de espera se debe a una mala gestión del tiempo.	La CSA permite acabar con las listas de espera en el marco de la sanidad pública.	Se debe a falta de recursos humanos para atender a la demanda.	Se debe a problemas organizativos.	Se produce por falta de recursos y de medios.	La relación médico-paciente y la confianza llevan al paciente a continuar en la sanidad pública para ser atendido por su médico.	La lista de espera surge porque no hay gestión de recursos, sobre todo, humanos.
	La lista de espera es fruto de una no coincidencia entre oferta y demanda porque los hospitales prestan una cantidad de servicios excesiva.			El circuito interno debería ser más ágil y protocolizado.		La lista de espera surge por un problema de recursos.	Las CSA pueden gestionar mejor las listas de espera por la flexibilidad de recursos.
							Se realiza un exceso de pruebas porque se practica medicina defensiva ante la falta de protocolos.
CI-6	Es injusto valorar más al enfermero que al médico. Ambos forman un equipo inseparable.	Se valora más la enfermería porque hay un mayor contacto con el paciente.	Enfermero y médico forman un equipo multidisciplinar inseparable.	Esta valoración se debe al mayor cercanía del enfermero con el paciente.	Se valora más la enfermería porque hay el trato con el enfermero es mayor que con el médico.	El enfermero está en contacto con el paciente.	El cuidado de los enfermos recae en los enfermeros. La asistencia del médico es puntual.
	La enfermería es un servicio vital tanto para el paciente como para el médico.	El médico es más distante y debe serlo por la carga emocional del servicio.	Se valora más al enfermero porque tienen un mayor trato con él y porque es el intermediario con el médico.		Es muy importante la cercanía y la humanidad de los enfermeros.	Hay un fuerte vínculo entre el paciente y el enfermero.	Hay una mayor cercanía de los enfermeros. El paciente no entiende la terminología médica.
	El paciente no sabe distinguir al médico del enfermero. No hay elementos tangibles, como el uniforme, que los diferencie de cara al paciente.		En cuanto a confianza, confían más en el criterio del médico que del enfermero.				El nivel de la enfermería española es muy bueno.

**Tabla 2 (IV). PERCEPCIÓN DEL SERVICIO SANITARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OFERTA
PRINCIPALES CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD REALIZADAS**

	PROFESIONAL SANITARIO			PROFESIONAL Y GESTOR SANITARIO		GESTOR SANITARIO	
	MÉDICO		ATS	Entrevistado 4	Entrevistado 5	Entrevistado 6	Entrevistado 7
	Entrevistado 1	Entrevistado 2	Entrevistado 3				
CI-7	El paciente desconoce cómo se financia la sanidad.	Al paciente le preocupa si tiene o no que pagar, no cómo se financia la sanidad.	El rechazo a la gestión privada es debida a que el paciente tiene miedo a perder sus derechos.	El paciente desconoce cómo se financia la sanidad.	El paciente desconoce cómo se financia la sanidad.	El paciente debe percibir el coste de la sanidad.	Faltan campañas de información.
	El paciente no es responsable, no es consciente del gasto sanitario que genera.	El paciente debería ser más responsable y consciente del gasto que genera.	El paciente piensa que, con la gestión privada, la sanidad pública deja de ser gratuita.	El paciente no es responsable, no percibe que la sanidad no es gratuita.	El paciente no es consciente del coste de la sanidad y, por tanto, no es responsable.	La oferta de la sanidad genera demanda. Una forma de corregir la oferta y la demanda es a través del coste, pero al no percibir el coste el paciente, se pierde esa herramienta.	El paciente no percibe el coste de la sanidad.
	Faltan campañas de información.	No hay consciencia del gasto ni por parte del paciente ni por parte del profesional.	También cree que la asistencia se presta con fines lucrativos de la empresa privada.	El miedo a la gestión privada es inducido, es una cuestión política.	El rechazo a la gestión privada es debido a que el paciente tiene miedo a que deje de ser gratuita la sanidad pública.	Hay desconfianza porque se piensa que, al ser gestión privada, se busca un enriquecimiento.	El paciente no percibe el coste de la sanidad.
	Hay un interés por desprestigiar la CSA.		El paciente necesita más información.			La Administración debe tutorizar el partenariado, auditarlo.	El paciente desconoce, incluso, que la gestión de la sanidad la realizan las Comunidades Autónomas.

CSA: Concesión Sanitaria Administrativa

V.- CONCLUSIONES

En este trabajo hemos buscado contrastar la percepción del servicio sanitario desde la perspectiva de la demanda, es decir, del usuario del servicio, con la del gestor y la del profesional sanitario, o lo que es lo mismo, el punto de vista de la oferta. Para ello, hemos extraído de la revisión de la literatura y de la lectura del Barómetro Sanitario 2009, 7 Cuestiones que han sido discutidas y comentadas a lo largo de 7 entrevistas en profundidad con diferentes perfiles tanto de personal sanitario (médicos y enfermeros) como de gestores. Las principales conclusiones que extraemos de este trabajo, ordenadas en torno a los 6 grandes ejes discutidos son las siguientes:

- 1. LA CRITICALIDAD DEL SERVICIO SANITARIO. El servicio sanitario es, frente a otros servicios, el de mayor importancia y dificultad, por ello su prestación es crítica. Se confirma el auge del llamado “e-healthcare” (Lin y Umoh, 2002; Mukherjee y McGinnis, 2007) y de sus efectos sobre el ya complejo encuentro de servicio sanitario: El cambio en la asimetría de la relación medico-paciente por el uso de Internet (Tanenbaum, 2008) se ha confirmado en las entrevistas en profundidad, aunque esto no es siempre visto como negativo por el médico, que en ocasiones tiene menos información que proveer y, por tanto, puede concentrarse mejor en la solución.
- 2. LA COHABITACIÓN DE SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA. Tanto desde la oferta como desde la demanda, en este trabajo las opiniones que resaltan la bondad de la sanidad pública en España han sido unánimes, aunque el modelo económico sea en ocasiones cuestionado. La sanidad privada es sólo una segunda opción o es sólo consultada como una opinión alternativa; la percepción de la preferencia por la privada cuando la necesidad es de gravedad puede ser un espejismo debido a la confusión entre los conceptos grave y urgente.
- 3. LA CONCESIÓN TIENE LAS VENTAJAS DE LA SANIDAD PÚBLICA Y DE LA SANIDAD PRIVADA. El servicio sanitario se erige como combinación de un servicio central (diagnóstico y curación) y de *paraservicios* (restauración, confort...). El mejor equilibrio entre estos elementos es el que ofrece la Concesión Sanitaria Administrativa.
- 4. LA GESTIÓN DEL TIEMPO SIGUE SIENDO DIFÍCIL PERO ES MEJORABLE. Las listas de espera siguen siendo un problema para la sanidad

pública, sobre todo desde que se ha confrontado a otra realidad que se ha hecho posible en la concesión. La gestión del tiempo en el servicio sanitario sigue siendo compleja, puesto que el paciente no desea esperar pero sí que el médico pase un máximo de tiempo con él. Las mejoras en procesos, como equipamientos que funcionen 24 horas, deberían aportar otra cultura del tiempo a la sanidad pública.

- 5. EL PAPEL CLAVE DEL ENFERMERO EN LA PERCEPCIÓN DEL SERVICIO SANITARIO. Aunque su trabajo se concibe en equipo, la atención del enfermero es muy importante porque su intensidad del contacto con el enfermo es mayor; dado que el médico debe, en ocasiones, evitar una implicación demasiado grande para conservar su capacidad técnica de diagnosis. La capacidad afectiva del personal de apoyo es mayor, y eso es positivamente apreciado por un paciente más sensible y sofisticado.
- 6. FINANCIACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO. La percepción por el usuario de la financiación de la sanidad es totalmente errónea, lo que probablemente esté en la raíz de una confusión entre lo que es un servicio *universal* y un servicio *gratuito*. El modelo público actual es considerado en muchos casos como insostenible, lo que llevará a modificar necesariamente esta percepción del usuario que, en opinión de gestores y facultativos en ocasiones usa y abusa de su derecho a una sanidad *universal*.

Como limitaciones a este trabajo, destacamos que para analizar la percepción del usuario hemos empleado fundamentalmente como fuente de información el Barómetro Sanitario de 2009, con lo que, además de poseer las naturales limitaciones del uso de fuentes secundarias, hemos incorporado a nuestro trabajo las bondades y carencias de este informe. Entre estas carencias, figura el hecho de que en el Barómetro se le pregunta al ciudadano por dos modelos de gestión sanitaria (el público y el privado), sin hacer referencia a un tercer modelo representado por la colaboración público-privada. Una investigación *ad-hoc* sobre percepciones de una muestra aleatoria de usuarios del servicio debería solventar esta y otras deficiencias de la metodología seguida en este trabajo.

Futuras réplicas del enfoque seguido en este trabajo – combinar el estudio de la percepción del usuario con la percepción del gestor—pueden entroncarse en un enfoque

más competitivo, con una de las nuevas orientaciones de la gestión de los servicios, como es la Lógica del Servicio Dominante (Vargo y Lusch, 2004; 2008). Con un consumidor sanitario cada vez más formado y sofisticado, y con fórmulas de gestión sanitarias de *partenariado* Público-Privado, creemos que el nuevo marco de la prestación del servicio sanitario debe buscar la diferenciación competitiva en la provisión de fórmulas de co-creación de valor entre usuario y prestador del servicio sanitario.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN MARKETING ASSOCIATION (1960) *Marketing definitions. A glossary of marketing terms*. Committee on Definitions of the A.M.A., Chicago
- BATESON, J. (1995) *Management Services Marketing*. The Dryden Press. Harcourt Brace College Publishers
- BARÓMETRO SANITARIO 2009. Instituto de Información Sanitaria. [Publicación en Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
- CALERO, R.; GALLARZA, M.G. (2009) Estrategias de marketing: análisis aplicado a la concesión sanitaria administrativa. *8th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing (IAPNM 2009)*, Valencia, 17-19 Junio 2009
- CAMPOY, F. (2008) Concesiones administrativas de gestión sanitaria: perspectiva desde las empresas sanitarias concesionarias. *III Congreso Nacional de la FAISS (Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios)*, Murcia, 24 - 26 Sept. 2008
- CAVIEDES, R. (2009) Concesiones sanitarias: garantizando la sostenibilidad del sistema. *Serie Informe Social*, nº 122, Ed. Libertad y Desarrollo, Chile
- CONDE, J.; LAMATA, F. [et al.] (1994) *Marketing sanitario*. Ediciones Díaz de Santos
- CORELLA, J. M. (1998) *Introducción a la gestión de marketing en los servicios de salud*. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, Pamplona
- DEL LLANO, J; HIDALGO, A.; PÉREZ CAMARERO, S. (2006) *¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?* Ed. Ergon, Madrid
- EIGLIER, P.; LANGEARD, E. (1989) *Servucción. El marketing de servicios*. McGraw-Hill, Madrid
- ERRASTI, F. (1996) *Principios de gestión sanitaria*. Ed. Díaz de Santos, Madrid
- GABBOTT, M.; HOGG, G. (1998) *Consumers and services*. John Wiley and sons Ed.
- GARCÍA FERRER, G. (2002) *Investigación comercial*. ESIC Editorial, Madrid
- GERVÁS, J. (2009) *Gobierno clínico de la clínica diaria*, pp. 27-45, en ORTÚN, V. (2009) *El buen gobierno sanitario*. Springer Healthcare Communications
- GRÖNROOS, C. (1990) *Service Management and Marketing. Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexigton Books
- HIDALGO VEGA, A. (2006) *Recursos humanos para la salud: suficiencia, adecuación y mejora*. Elsevier España
- JOHN, J. (1996) A dramaturgical view of the healthcare service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behaviour, *European Journal of Marketing*, Vol. 30 No. 9, pp. 60-87

- JIMÉNEZ LÓPEZ, M.; RIVAS PÉREZ, J.A.; ZUBIA ZUBIAURRE, M. (2008) Un modelo de programación por metas para la elaboración del contrato-programa de un hospital público, *Cuadernos de Gestión*, Vol. 8. Nº 1, pp. 73-88
- KOTLER, P.; LEE, N. (2007) *Marketing en el sector público. Todas las claves para su mejora*. Pearson Educación
- KOTLER, P. (2006) *Dirección de marketing*. Pearson Educación
- LAING, A.; HOGG, G.; WINKELMAN, D. (2004) Healthcare and the information revolution: re-configuring the healthcare service encounter, *Health Services Management Research*, Vol. 17 No. 3, pp. 188-99
- LEGARD, R.; KEEGAN, J. y WARD, K. (2003) *In depth interviews* in RITCHIE, J.; LEWIS, J. (2003) *Qualitative Research Practice*, SAGE Publications, Londres
- LEVITT, T. (1980) Marketing success through differentiation of anything. *Harvard Business Review*, volumen enero 1980
- LIN, B.; UMOH, D. (2002) E-healthcare: a vehicle of change, *American Business Review*, Vol. 20 No. 2, pp. 27-32
- LOVELOCK, C. (1996) *Services Marketing*. Prentice Hall International Editions
- MARTÍN, J.; AGUSTÍ, E. [et al.] (2007) El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios: modelos de gestión. *Seminarios y Jornadas 43/2007*, Fundación Alternativas, Madrid
- MERCADO, F.J.; TORRES, T.M. (2000) *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Ed. Plaza y Valdés, Guadalajara, Méjico
- MUKHERJEE, A.; MCGINNIS, J. (2007) E-healthcare: an analysis of key themes in research, *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, Vol. 1 No. 4, pp. 349-63
- NAVARRO, F.H.; WILKINS, S.T. (2001) A new perspective on consumer health Web use: "valuegraphic" profiles of health information seekers, *Managed Care Quarterly*, Vol. 9 No. 2, pp. 35-43
- ORTIGUEIRA, M.; ORTIGUEIRA, M. (2001) El sistema sanitario público, sus servicios y sus responsables: creación y pilotaje de su imagen, *Cuadernos de Gestión*, Vol. 1, Nº 1/4
- ORTÚN, V. (2008) Las claves de la sanidad futura: investigación y gestión. *Panorama Social*, nº 7. Ed. Funcas
- OUSCHAN, R.; SWEENEY, J.; JOHNSON, L. (2006) Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations, *European Journal of Marketing*, Vol. 40 No. 9/10, 2006 pp. 1068-1086
- PALMER, A. (2005) *Principles of Services Marketing*. McGraw-Hill
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY L. (1990) *Calidad total en la gestión de servicios*. Ediciones Díaz de Santos, Madrid
- PÉREZ SOMALO, F. (2008) *Marketing en tecnología sanitaria*. ESIC Ediciones, Madrid
- PRIETO, A.; LÓPEZ DE LETONA, A. [et al.] (2006) El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. *Documento de trabajo 99/2006*, Laboratorio de Alternativas, Madrid
- REBOLLO, A. (2007) APP's institucionales, financiación de infraestructuras y contabilidad pública. *Reflexiones: Revista de obras públicas, transportes y ordenación territorial*, nº 2 (II/2007), Consejería de Obras Públicas y Transportes, Sevilla, pp. 61-122
- RITCHIE, J.; LEWIS, J.; ELAM, G. (2003) *Designing and selecting samples*, pp. 77-108, in RITCHIE, J.; LEWIS, J. (2003) *Qualitative Research Practic*, SAGE Publications, Londres
- SANTACREU, J. (2009) Les opcions efectives per a una col.laboració públicoprivada a la sanitat. *Referent, Revista de management per al sector sanitari i social*, nº 6, Fundació Unió
- TANENBAUM, S. J. (2008) Consumer Perspectives on Information and Other Inputs to Decision-Making: Implications for Evidence-Based Practice, *Community Mental Health Journal*, Vol. 44, pp. 331-335

- VAN LOOY, B.; VAN DIERDONCK, R. [et al.] (1998) *Service Management: An Integrated Approach*. Financial Times Pitman Publishing, Londres
- VARGO, S.L.; LUSCH R.F. (2004) Evolving to a new dominant logic for marketing, *Journal of Marketing*, Vol. 68, pp. 1-17
- VARGO, S.L.; LUSCH R.F. (2008) Service-Dominant logic: continuing the evolution, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.36, pp. 1-10
- ZEITHAML, V.A.; BITNER, M.J. (1996) *Services marketing. Integrating customer focus across the firm*. McGraw Hill