



Investigaciones Europeas de Dirección y  
Economía de la Empresa

ISSN: 1135-2523

iedee@aedem-virtual.com

Academia Europea de Dirección y Economía  
de la Empresa  
España

Correia Loureiro, S. M.; Miranda González, F. J.

CALIDAD Y SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: ANÁLISIS DE  
UN HOSPITAL DE LA ZONA CENTRO DE PORTUGAL

Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa, vol. 16, núm. 2, mayo-agosto,  
2010, pp. 27-41

Academia Europea de Dirección y Economía de la Empresa  
Vigo, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274120099002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

## **CALIDAD Y SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS: ANÁLISIS DE UN HOSPITAL DE LA ZONA CENTRO DE PORTUGAL**

**Correia Loureiro, S. M.**

Universidade de Aveiro

**Miranda González, F. J.**

Universidad de Extremadura

**Recibido:** 27 de febrero de 2009

**Aceptado:** 10 de diciembre de 2009

**RESUMEN:** La calidad en los servicios de salud ha sido discutida en varias organizaciones que se comprometen a desarrollar programas y acciones capaces de atender las expectativas de sus pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias de la Zona Centro de Portugal. Para ello, se aplicó la metodología de mínimos cuadrados parciales (PLS) a un modelo estructural construido con las variables indicadas. Los resultados permiten constatar que la imagen y reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas. Esta confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida. La satisfacción del paciente sí que contribuye a incrementar la lealtad al centro. Además, la alta dirección del hospital debe concienciar de la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorar la organización del diagnóstico inicial de los pacientes y de mostrar una preocupación real con el bienestar de sus pacientes como única forma de lograr incrementar su nivel de satisfacción y la confianza en el servicio de urgencias.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad, Satisfacción, Fidelidad, Confianza, Imagen.

**CLASIFICACIÓN JEL:** M31

### **QUALITY AND SATISFACTION IN HOSPITALABLE URGENCIES SERVICE: ANALYSIS OF A PORTUGAL CENTER ZONE HOSPITAL**

**ABSTRACT:** The health service quality has been discussed in several organizations committed with the development of the programs and actions capable to attend the expectations of their patients. The aim of this work is to analyze the relationship among the variables quality, satisfaction, image, trust and loyalty (in the perspective of the recommendation and return) in the context of the emergency care in the Portugal Center Area. For such the Partial Least Squares technique was applied to a structural model. The results show that the image or reputation of the service of urgencies doesn't contribute in a significant way to increase the trust in it, nor for the recommendation to other people. Trust is reached, above all, through the perceived quality. Patients' satisfaction contributes to the recommendation of the service to the family and friends and to return in case it is necessary. The hospital top management is due of the importance of reducing the time of wait, improving the organization of the initial screen of the patients, and showing a real concern with the well-being of the patients to increase satisfaction and trust in the urgency service.

**KEY WORDS:** Quality, Satisfaction, Recommendation, Trust, Image.

**JEL CLASSIFICATION:** M31

### **1. INTRODUCCIÓN**

La OMS (Organización Mundial de la Salud) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud.



El servicio hospitalario de urgencias es el área asistencial que ha experimentado los cambios más rápidos y profundos en la segunda mitad del siglo XX siguiendo también, entre otros, al rápido aumento de la demanda. Los servicios de urgencias hospitalarios, a pesar de las características que los diferencian claramente de otros niveles y servicios asistenciales, no deben escapar a las técnicas de evaluación y control de calidad. La atención en urgencias se encuentra sometida a una evaluación y crítica continuas, probablemente más que en otras especialidades de la medicina, tanto por parte de los usuarios como por parte de los médicos que continuarán la asistencia del paciente, una vez éste ha pasado por el servicio de urgencias. Sus profesionales se hallan, con frecuencia, con la sensación de estar en una especie de “escaparate” donde son observados. Esta cultura de evaluación exterior y autoevaluación continua, lejos de representar una dificultad, constituye una oportunidad única para la puesta en marcha de programas de evaluación de la calidad de la asistencia que se hace en estos servicios (Felisart et al., 2001).

Todos los profesionales de los servicios de urgencias están involucrados en mayor o menor grado en la mejora de la calidad, ya que si la calidad técnica de la asistencia es esencial, también lo son, y no en menor grado, otros aspectos que influyen de forma muy decisiva en la calidad que percibirá el paciente y sus acompañantes, como son transmitir la sensación de que pueden estar seguros de que la organización funciona, que el trato personal es adecuado y que la información se ofrecen cada momento del proceso asistencial.

En Portugal, durante los últimos años, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios sanitarios ha ganado gran popularidad como medida de la calidad en la prestación de servicios de salud públicos. Las actividades de garantía y mejora de la calidad están siendo incluidas como parte de los procesos sanitarios y dentro de los programas políticos.

La gestión sanitaria y la gestión hospitalaria, en particular, poseen un elevado grado de complejidad. La existencia de un número mayor de profesiones y técnicas y el contexto en el que la prestación del servicio se realiza, hacen que el cliente sea mucho más intolerante frente a la calidad del servicio prestado que en otras actividades de prestación de servicios de otros sectores. El grado de complejidad de los servicios prestados se sitúa además fuera de la comprensión técnico-científica de la mayoría de clientes. En este sentido, es necesario, por un lado, un desarrollo de programas de calidad en las organizaciones hospitalarias con el objeto de mejorar su gestión y establecer sistemas de aplicación de conceptos y técnicas de calidad total (Neto, 2000). Los pacientes deben sentirse como parte integrante del sistema de salud, sentir que sus cuidados en el hospital son coordinados, eficientes y seguros. Así, la búsqueda de un funcionamiento eficiente de los servicios de salud en general y de los hospitales en particular, nos lleva a la necesidad de encontrar instrumentos y modelos de gestión de la calidad más eficientes.

El principal objetivo del presente trabajo es desarrollar un modelo de fidelidad en el ámbito de los servicios de urgencias hospitalarias y contrastarlo empíricamente, identificando los principales antecedentes de la intención de lealtad del cliente (desde una perspectiva de recomendación y retorno). Hasta donde llega nuestro conocimiento, podemos decir que es la primera aplicación de un modelo de fidelidad al campo de las urgencias hospitalarias. Con este objetivo, en el presente trabajo se comienza revisando la literatura sobre antecedentes del concepto de fidelidad: imagen, calidad percibida, satisfacción y confianza. A continuación se formulan las diferentes hipótesis y se procede a contrastar empíricamente las mismas. Nuestro estudio finaliza con las principales conclusiones del trabajo y sus implicaciones para los responsables de los servicios de urgencias hospitalarias.

## **2. REVISIÓN DE LA LITERATURA**

En el concepto de lealtad del cliente intervienen un número elevado de variables, por lo que en ninguna de las investigaciones previas (Baker e Crompton, 2000; Oliver, 1980; Westbrook, 1987; Oliver e Swan, 1989; Anderson, Fornell e Lehmann, 1994; Bitner, 1990; Cronin e Taylor, 1992; Brady et al., 2002; Setó, 2003) se pretende realizar una investigación exhaustiva de todas variables que anteceden la intención de fidelidad del cliente. La lealtad es una relación con el prestador del servicio, un compromiso del consumidor frente a la organización que le suministra el bien o servicio (Oliver, 1999).

Sin embargo, en la literatura de marketing de servicios, la calidad y la satisfacción han sido siempre los pilares básicos para determinar la lealtad del cliente (Setó, 2003). La implantación de una estrategia de gestión de la calidad en el sector servicios se hace difícil dado los problemas que plantean la definición y medida de la calidad en este sector. De entre todos los modelos desarrollados por los investigadores el trabajo pionero de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) puede considerarse como el que mayor repercusión ha tenido.

Desde el punto de vista de la disciplina sanitaria, definir el concepto de calidad no es fácil, ya que el usuario de un servicio tendrá en cuenta la competencia o el comportamiento del personal, el facultativo la medirá basándose en sus conocimientos y en la tecnología empleada, y el responsable de la gestión la definirá en relación con la eficiencia del personal y de las instalaciones. Los estudios de calidad en el sector se han basado en la medición de tres dimensiones básicas: la estructura, el proceso y los resultados, existiendo bastante unanimidad al considerar que, si bien pueden estudiarse aspectos como la accesibilidad, la eficiencia o la calidad científico-técnica, ningún estudio de calidad será completo si no se analizan las diferencias entre las expectativas de los ciudadanos y la percepción real del servicio (Niedz, 1998; Neto, 2000; Vinagre y Neves, 2008). Así, en el sector sanitario los estudios para medir la calidad percibida de un servicio se han llevado a cabo a partir del análisis del grado de satisfacción de los usuarios, metodología que ha evolucionado desde cuestionarios de dudosa fiabilidad hasta estudios factoriales con una importante base estadística (Lee et al., 2000; Crow et al., 2002; Moret et al., 2007).

Sin embargo, la calidad de los servicios de urgencias requiere una atención especial. El servicio prestado a los pacientes está directamente relacionado con su estado emocional, así aspectos como la accesibilidad, amabilidad y especialmente la mejora de su estado de salud son aspectos extremadamente importantes de la calidad del servicio. Niedz (1998) afirma que un servicio de salud bien gestionado necesita el desarrollo de todos los miembros del equipo de urgencias. Así, se debe apostar por una gestión del servicio centrada en la calidad, orientada a la participación y al bienestar del paciente, evitando los riesgos clínicos y difundiendo una cultura de seguridad, en el contexto de una mejora de la práctica clínica (Neto, 2000).

En numerosos estudios previos la satisfacción es considerada como un antecedente de las intenciones de compra del cliente (Taylor y Baker, 1994; Rust y Oliver, 1994; Setó, 2003). El paradigma de la disconfirmación proporciona la base teórica para establecer esta relación entre calidad y satisfacción (Churchill y Suprenant, 1982; Oliver, 1980; Oliver y DeSarbo, 1988). Según este paradigma, la satisfacción es el resultado de un proceso de comparación de

manera que cuando el servicio percibido iguala o supera las expectativas del mismo el servicio se considera conforme.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes hospitalizados es reconocida cada vez más como una componente principal de la gestión de la calidad. La mejora de la calidad, el análisis comparativo de la eficiencia hospitalaria y la búsqueda de responsabilidad son algunas de las razones que llevan a los hospitales a medir la satisfacción de sus pacientes. Esta satisfacción del paciente es entendida como una componente de la calidad de los servicios de salud que refleja la habilidad de los profesionales para identificar las necesidades y expectativas de sus pacientes (Moret et al., 2007).

La satisfacción y su evaluación son elementos importantes a la hora de analizar la gestión de los servicios de salud. A pesar de los problemas existentes a la hora de delimitar el concepto de satisfacción y las dificultades que existen en su medida, se trata de un término habitualmente empleado (Crow et al., 2002). La evaluación de la satisfacción del paciente forma también parte del proceso de prevención y como tal permite identificar las disfunciones existentes en la organización, así como contribuir al impulso de la mejora de la calidad. Crow et al. (2002) afirman que existe una relación entre la satisfacción del paciente y los resultados clínicos, de forma que un elevado grado de satisfacción permite una mejor relación entre el paciente y el profesional de la salud. La selección de los servicios de salud, por parte de los clientes, es un indicador objetivo en la satisfacción de dichos servicios. Si bien, no debemos olvidar que los servicios de salud son multidimensionales y muchos de los medios empleados para medir la satisfacción muestran las preferencias relativas de los consumidor ante diferentes atributos (Crow et al., 2002). Además, debemos tener en cuenta que no siempre el paciente tiene disponibilidad económica, de tiempo o de información para decidir el servicio al que acudir.

Giese y Cote (2000), después de revisar los distintos conceptos de satisfacción, concluyen que existen tres componentes comunes en la mayor parte de investigaciones: primero, la satisfacción del consumidor es una respuesta, un juicio emocional o cognitivo; segundo, la respuesta se refiere a un foco específico y, por último, la respuesta se encuentra ligada a un momento específico, como por ejemplo, antes de la adquisición de un bien, tras su adquisición o después de la experiencia del servicio. En la presente investigación, consideraremos la satisfacción como un juicio emocional y cognitivo que sucede después de que el paciente reciba el servicio sanitario.

Fornell (1995) clarifica la diferencia entre calidad y satisfacción indicando que debe entenderse la calidad como la percepción actual del cliente sobre el rendimiento de un bien o servicio, mientras que la satisfacción se basa no solamente en la experiencia actual, sino también en experiencias pasadas y en experiencias futuras, anticipadas por el juicio del cliente en virtud de sus experiencias acumuladas junto a la proyección de sus propias expectativas.

Pero, además de calidad y satisfacción, suelen considerarse como principales antecedentes del concepto fidelidad la imagen del proveedor de servicios y la confianza del cliente. Por su parte, la confianza es entendida como un estímulo a la utilización de los servicios por parte de los clientes, una vez que se ha establecido la relación con el cliente y a través de esa confianza se obtiene una calidad elevada en las interacciones entre los usuarios y los empleados de la organización de servicios (Morgan e Hunt , 1994). Generalmente, la

confianza es considerada como una expresión de la seguridad entre socios a la hora de realizar un intercambio u otro tipo de relación (Noooteboom et al., 1997; Garbarino y Johnson, 1999; Morgan y Hunt, 1994; Tax, Brown, y Chandrashekaran, 1998); como la idea de que el socio en una negociación no explotará la vulnerabilidad del otro (Dwyer, Schurr, y Oh, 1987); o como la voluntad de confiar en el socio durante la relación de intercambio como (Moorman, Deshpandé y Zaltman, 1993). En nuestro caso la confianza del paciente es definida como las expectativas del paciente de que el servicio de urgencias es seguro y se puede confiar en sus promesas (Sirdeshmukh, Singh y Sabol, 2002).

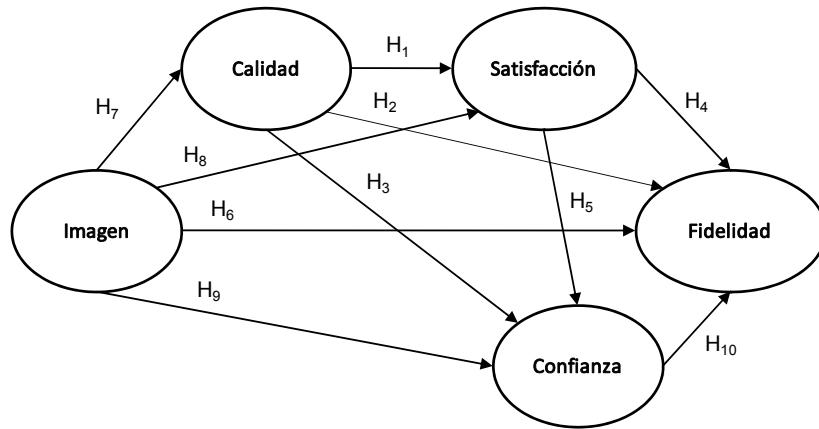
Por último, también se considera como antecedente de la lealtad del usuario la imagen, entendida como una percepción mental que define en muchas ocasiones la percepción que tenemos del servicio. Barich y Kotler (1991) afirman que la imagen es la suma de las creencias, sensaciones e impresiones que una persona o grupo de personas tienen de un objeto, de una persona, de un lugar, de una marca, de una organización, de un producto o de un servicio. Esas impresiones pueden ser verdaderas o falsas, reales o imaginarias. Son estas imágenes las que condicionan el comportamiento del cliente. De esta forma, no sólo los aspectos físicos y tangibles de los bienes o servicios son valorados, sino también los significados simbólicos asociados a ese bien o servicio (Gardner y Levy, 1995). Una buena imagen del servicio induce a que el cliente tenga una buena percepción del mismo, siendo de este modo más probable su lealtad a la organización que lo presta.

El concepto de calidad percibida supone trasladar la valoración de la calidad del servicio desde criterios objetivos hasta criterios subjetivos, lo cual hace que en la calidad del servicio de un servicio de urgencias deban tenerse en cuenta dos aspectos: a) la calidad técnica (es el resultado, y se refiere a lo que recibe el cliente), y b) la calidad funcional (relacionada con el proceso, es decir, cómo lo recibe). Estas dos dimensiones básicas pueden estar condicionadas por la imagen corporativa y/o local del servicio, que puede influir en la calidad percibida, ya que, por ejemplo, si el servicio de urgencias tiene una imagen favorable probablemente se le perdonarán los errores menores, si bien si dichos errores se producen con frecuencia su imagen se deteriorará, y puede pasar a una situación en que cualquier error tendrá un efecto mayor de lo que sería de otra manera.

### **3. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS Y MODELO PROPUESTO**

A partir de la revisión de la literatura sobre calidad del servicio en el sector sanitario hemos propuesto un modelo estructural que relaciona la calidad percibida con la imagen de la organización, la satisfacción del usuario, la confianza y su fidelidad. El modelo de la figura 1 describe las relaciones entre los diferentes constructos anteriormente descritos. Se consideró la calidad percibida del servicio de urgencias como antecedente directo de la fidelidad (Cronin y Taylor, 1992; Ruyter De, Wetzels y Bloemer, 1996; Zeithaml et al., 1996) e indirecto a través de la satisfacción y la confianza (Anderson y Sullivan, 1993; Patterson y Spreng, 1997; Roest y Pieters, 1997). La satisfacción, la confianza y la imagen son consideradas como antecedentes directos de la lealtad (Barich y Kotler, 1991). Además, se considera un efecto indirecto de la imagen sobre la lealtad a través de la satisfacción, la calidad y la confianza.

**Figura 1. Esquema general de la investigación.**



### **Fidelidad**

Dick y Basu (1994, pp. 99-100) distinguen tres aspectos inherentes a la fidelidad: lealtad de comportamiento, lealtad como actitud y lealtad cognitiva. La lealtad de comportamiento hace referencia a la adquisición repetida de servicios al mismo prestador o a la intensificación de la relación con dicho prestador. Por su parte, la lealtad como actitud hace referencia al esfuerzo consciente por parte del cliente a la hora de evaluar las diferentes marcas o empresas existentes en un mercado. Finalmente, la lealtad cognitiva hace referencia a la lealtad del cliente a una marca o empresa sin prestar atención a otras alternativas.

En nuestro estudio hemos optado por identificar fidelidad (ver tabla 2) con lealtad de comportamiento, y más concretamente con el componente recomendación de la lealtad, es decir, la disposición a recomendar el servicio a terceras personas, según se desarrolla en estudios previos (Lam et al., 2004; Sirdeshmukh et al., 2002; Zeithaml et al., 1996).

### **Calidad percibida**

En nuestro estudio hemos optado por emplear una escala de 9 ítems (ver tabla 2) basados en los artículos de Parasuraman et al. (1985), Grönroos (1982), Cronin y Taylor (1992, 1994), solicitando al cliente que evalúe tan solo las percepciones sobre el servicio tal y como proponen Cronin y Taylor (1992, pp. 58-66). La utilización de una escala de percepciones se justifica por el carácter dinámico de las expectativas del paciente y por el mayor esfuerzo que supone para el paciente tener que completar dos cuestionarios uno antes de utilizar el servicio de urgencias (expectativas) y otro a la salida del mismo (percepciones), lo que reduciría de forma notable el número de pacientes dispuestos a colaborar con el estudio.

En nuestro modelo la calidad percibida se considera como antecedente de la satisfacción siguiendo la tendencia de los últimos estudios realizados (Zeithaml, Berry y Parasuraman, 1996; Barroso y Martín Armario, 1999; Setó, 2003). Además, consideramos que la calidad percibida también afectará de forma directa y positiva a la fidelidad del cliente. Por tanto, las tres primeras hipótesis de nuestro modelo serían:

*H1: La calidad percibida por el paciente de un servicio de urgencias incrementa su nivel de satisfacción.*

*H2: La calidad percibida por el paciente de un servicio de urgencias incrementa su grado de fidelidad.*

*H3: La calidad percibida por el paciente de un servicio de urgencias incrementa su confianza*

### **Satisfacción**

En la literatura académica sobre satisfacción en el campo de la sanidad se observa una clara tendencia a medir la satisfacción justo al finalizar la experiencia de servicio o antes de que la misma se haya completado totalmente, por lo que no suele ser habitual recurrir a una comparación entre expectativas previas del paciente y percepciones finales tras la prestación del servicio. Por ello, en el presente estudio consideraremos la variable satisfacción (ver tabla 2) como un juicio emocional y cognitivo de la estancia en el servicio de urgencias, una vez finaliza la experiencia de servicio. Para ello, hemos elaborado una escala con 6 indicadores a partir de las escalas empleadas en trabajos previos (Brady y otros, 2002; Loureiro y Miranda, 2006).

En la mayoría de investigaciones previas se analiza el efecto indirecto de la calidad en la fidelidad a través de la satisfacción del cliente, sugiriendo un efecto positivo de la satisfacción sobre la fidelidad (Parasuraman y otros, 1988; Rust y Zahorik, 1993; Sernes, 1993; Oliver, 1999). Además, creemos que la satisfacción también influye indirectamente en la fidelidad a través de la variable confianza, tal y como sugieren varios autores (Loureiro y Miranda, 2006), ya que cuando el paciente está satisfecho con la prestación que recibe se genera un incremento de su confianza en ese servicio de urgencias, lo que influirá en su posible recomendación a otros usuarios.

Por tanto, la cuarta y quinta hipótesis de nuestro modelo serían:

*H4: La satisfacción del paciente de un servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre su fidelidad*

*H5: La satisfacción del paciente de un servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre su confianza*

### **Imagen**

Son varios los estudios que incorporan esta variable como antecedente de la satisfacción y de la calidad del servicio (Sernes, 1993; Berry, 2000; Bigné y otros, 2001; Setó, 2003). Sin embargo, son escasos los estudios que analizan la influencia de la misma sobre la fidelidad (Sernes, 1993; Ostrowsky y otros, 1993; Sándwich y Duhan, 1996), si bien en todos ellos se sugiere que, especialmente cuando los clientes tienen una capacidad limitada para evaluar la calidad del producto, la reputación o imagen se convierte en un elemento clave en la lealtad del cliente. Además, coincidimos con Setó (2003) al señalar que también puede considerarse un efecto indirecto de la imagen sobre la fidelidad a través de variables mediadoras como la confianza del cliente. Nosotros añadimos además otros dos efectos indirectos a través de la variable satisfacción y de la variable calidad percibida.

Hemos medido la imagen y reputación de las urgencias empleando 6 ítems (ver tabla 2), tomando como punto de partida los trabajos de Gardner y Levy (1995), Barich y Kotler (1991), Andressen y Lindestad (1998) y Launo (1993).

En resumen, las hipótesis de nuestro modelo referentes a la imagen serían:

*H6: La imagen del servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre la fidelidad del paciente.*

*H7: La imagen del servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre la calidad percibida.*

*H8: La imagen del servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente.*

*H9: La imagen del servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre la confianza del paciente.*

#### **Confianza**

Esta variable ha recibido en los últimos años una creciente atención en la literatura como componente fundamental de las relaciones a largo plazo. Así, podemos definir la confianza (Moorman y otros, 1993, p. 82; Morgan y Hunt, 1994, p. 23) como la buena voluntad para creer en la otra parte con la que se establece el intercambio, la seguridad y confianza de que el intercambio se realizará de forma fiable y justa.

Para medir esta variable hemos recurrido a una escala de tres ítems (ver tabla 2) como se recomienda en otros estudios previos (Rousseau et al., 1998; Singh y Sirdeshmukh, 2000).

*H10: La confianza del paciente en el servicio de urgencias tiene un efecto positivo sobre la fidelidad del paciente.*

#### **4. METODOLOGÍA**

Durante la primera quincena del mes de Mayo de 2008 se realizó un pre-test del cuestionario entre un grupo de pacientes de urgencias de un hospital de la región Centro de Portugal, con el objetivo de verificar que la redacción de los ítems era la adecuada. El hospital seleccionado es una entidad de derecho público con autonomía administrativa, financiera y patrimonial que presta sus servicios en un área de 732.000 habitantes. Posteriormente, la segunda quincena de Mayo se realizaron entrevistas personales con los pacientes y/o familiares atendidos en el servicio de urgencias de dicho hospital (los datos se recogieron en diferentes días de la semana y a diferentes horas del día). Se encuestó solo a los pacientes de más de 18 años que no tuvieron que ser internados.

Como resultado de este proceso se obtuvieron 150 cuestionarios totalmente cumplimentados. Una de las principales dificultades en la obtención de información en este estudio se debe al hecho de ser realizado en un servicio tan complejo como el servicio de urgencias de un hospital. Los pacientes del servicio, después de haber recibido la atención médica correspondiente se encuentran debilitados o con sus capacidades limitadas, por lo que son muchos los que no se prestan a colaborar con la investigación.

En la tabla 1 podemos observar el perfil de los encuestados. Más de la mitad tienen entre 21 y 40 años, la mayoría son mujeres y beneficiarios de la seguridad social. Las profesiones más frecuentes son jubilados, funcionarios y estudiantes.

**Tabla 1. Perfil de la muestra.**

Género	Edad	Profesión	Tipo de seguro
Masculino:32%	Menos de 21 años:	Estudiante: 10,0%	Banca: 1,3% ADSE*: 24,0%
Femenino:68%	3,3%	Empresario: 2,7%	Funcionario público:17,3%
	21 a 30 años: 25,3%	Enfermero: 2,0%	Profesor: 4,7% Seguridad Social: 69,3%
	31 a 40 años: 26,0%	Jubilado: 22,0%	Desempleado: 9,3%
	41 a 50 años: 18,0%	Ama de casa: 6,0%	Operario fábrica: 8,0% Seguro de Salud
	51 a 60 años: 6,0%	Comerciante: 4,0%	Trabajador-estudiante: Privado: 6,7%
	61 a 70 años: 13,3%	1,3%	
	71 a 80 años: 7,3%	Construcción civil: 2,7%	Empleado tienda: 2,7%
	Más de 81 años: 0,7%	Administrativo: 1,3%	Empleado almacén: 2,0%
		Deportista: 0,7%	Técnico mantenimiento: 0,7%
		Vendedor: 0,7%	Empleado de bar: 0,7%

---

\* ADSE: seguro de protección social para los funcionarios equivalente a MUFACE.

Se aplicó el software PLS-graph (Partial Least Squares) para estimar los coeficientes path, la fiabilidad compuesta, la varianza extraída media,  $R^2$ , Stone-Geisser's  $Q^2$  utilizando para ello la técnica Bootstrap. Las razones que nos llevan a esta elección son que este método está orientado a la predicción y nos permite analizar modelos de cierta complejidad, realizar un análisis exploratorio y además, puede ser utilizado en la confirmación de una determinada teoría.

La técnica PLS se basa en una combinación iterativa entre el análisis de componentes principales y el análisis de regresión con el objetivo principales de explicar la varianza de los constructos del modelo (Chin, 1998). Así, se estiman simultáneamente los coeficientes path y las cargas de los ítems en el contexto del modelo propuesto, evitando de este modo sesgos e inconsistencia en la estimación de los parámetros y nos permite comprobar las interacciones y reducir el error de tipo II (Chin et al., 2003).

Para evaluar la bondad global del ajuste Tenenhaus et al. (2005) propone emplear la media geométrica de la communalidad media y el  $R^2$  medio que varía entre 0 y 1.

## 5. RESULTADOS

El modelo de medida es analizado teniendo en cuenta la fiabilidad de los ítems individuales y la validez discriminante de los constructos (Hulland 1999). La carga (factor loading) de cada ítem deberá ser igual o superior a 0,707, lo que nos indica que más del 50% de la varianza observada es explicada por el constructo (Carmines y Zeller, 1979). En la tabla 2 observamos que los ítems Q1, Q2, Q6, Q7 e Q8 del constructo calidad deben ser eliminados por su baja carga.

**Tabla 2. Evaluación del modelo de medida.**

Constructo*	Media (Desviación)	Índice medio	Cargas	Fiabilidad compuesta	AVE**
<b>Imagen</b>		2,53		0,942	0,730
I1: El servicio de urgencia tiene una imagen de honestidad	2,55 (0,887)		0,850		
I2: Las urgencias tienen buena imagen entre mis amigos y familiares	2,65 (0,819)		0,843		
I3: Este servicio de urgencias tiene una reputación tan buena o mejor que otras urgencias.	2,39 (0,975)		0,817		
I4: El servicio de urgencias tienen una imagen de eficiencia	2,51 (0,693)		0,917		
I5: El servicio de urgencias tiene una imagen de competencia	2,39 (0,818)		0,784		
I6: El servicio de urgencia tiene una imagen dinámica	2,61 (0,683)		0,907		
<b>Calidad</b>		2,71		0,896	0,682
Q1:Las urgencias tienen buenos equipamientos y materiales	3,68 (0,522)		(0,478) <sup>a</sup>		
Q2:La atención es rápida	1,32 (0,638)		(0,608) <sup>a</sup>		
Q3:La jerarquización de los pacientes según la gravedad de los síntomas se realiza correctamente	2,47 (0,902)		0,792		
Q4: La persona que recibe al paciente sabe perfectamente lo que debe hacer	2,64 (0,846)		0,866		
Q5:La atención médica es buena	2,97 (0,874)		0,824		
Q6:Existe privacidad durante el proceso de atención.	2,84 (0,803)		(0,643) <sup>a</sup>		
Q7:El acceso a las urgencias es fácil	3,85 (0,548)		(0,467) <sup>a</sup>		
Q8:Las instalaciones están en buen estado	3,85 (0,510)		(0,517) <sup>a</sup>		
Q9:En términos, globales la atención en urgencias es buena	2,75 (0,889)		0,820		
<b>Satisfacción</b>		2,50		0,955	0,810
S1: Estoy muy satisfecho (a) con estas urgencias.	2,54 (1,001)		0,920		
S2: Las urgencias prestan el servicio que esperaba recibir	2,51 (1,028)		0,950		
S3:Las instalaciones y equipamientos del servicio de urgencias son dignos de destacar	3,55 (0,651)		(0,494) <sup>a</sup>		
S4:El servicio de urgencias es excelente	2,20 (0,811)		0,889		
S5:La forma en que se me atendió me satisface	2,50 (0,918)		0,940		
S6:Las personas que prestan la atención son agradables	2,85 (0,958)		0,790		
<b>Confianza</b>		2,46		0,939	0,836
C1:Existe una preocupación real con el bienestar de los pacientes	2,30 (0,833)		0,941		
C2:Se cumple lo prometido	2,39 (0,784)		0,928		
C3:Confío en el servicio de urgencias	2,75 (0,934)		0,872		
<b>Lealtad</b>		2,74		0,882	0,715
L1:Hablo bien de estas urgencias a familiares y amigos	2,65 (0,786)		0,865		
L2:Si tuviera un problema, prefiero estas urgencias antes que ir a otras	2,71 (0,965)		0,852		
L3:Vengo a estas urgencias porque no tengo otra alternativa <sup>(1)</sup>	2,92 (1,313)		0,819		

\* Cada uno de los ítems que conforman los constructos han sido medidos con una escala tipo Likert de 5 puntos.  
 \*\* AVE = Varianza media extraída. <sup>a</sup>Ítems eliminados por su baja carga. <sup>(1)</sup>Escala codificada en orden inverso

Para analizar la fiabilidad de los constructos se utilizó la fiabilidad compuesta (Fornell y Larcker, 1981). La tabla 2 nos indica que los constructos son fiables dado que la fiabilidad compuesta excede de 0,8 (Nunnally, 1978). Por otra parte, los valores de la varianza media extraída (AVE) son superiores a 0,5 lo que nos demuestra la validez convergente del modelo (Fornell y Larcker, 1981).

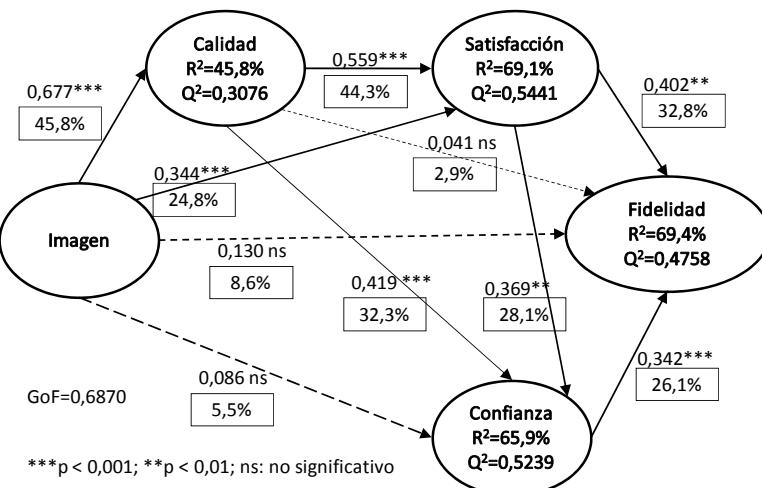
Un constructo tiene validez discriminante si su AVE es mayor que el cuadrado de las correlaciones de ese constructo con los demás (Fornell e Larcker, 1981). Observando la tabla 3 podemos considerar que se verifica la validez discriminante de nuestro modelo.

**Tabla 3. Validez discriminante.**

Constructo	Imagen	Calidad	Satisfacción	Confianza	Lealtad
AVE %	0,8542	0,8259	0,8999	0,9144	0,8453
<b>Imagen</b>	1,0000	0,6770	0,7223	0,6365	0,6656
<b>Calidad</b>	0,6770	1,0000	0,7920	0,7699	0,7105
<b>Satisfacción</b>	0,7223	0,7920	1,0000	0,7634	0,7894
<b>Confianza</b>	0,6365	0,7699	0,7634	1,0000	0,7630
<b>Lealtad</b>	0,6652	0,7105	0,7894	0,7630	1,0000

En la figura 2 se presentan los resultados de la estimación del modelo estructural. Junto a las flechas que indican el orden causal se muestran los coeficientes path estandarizados y en cada rectángula figura, en porcentaje, el resultado de la multiplicación del coeficiente path estandarizado por el coeficiente de correlación entre los dos constructos (Falk y Miller, 1992). Se empleó la técnica de remuestreo Bootstrap, considerando 500 sub-muestras, para acceder a los valores del test t y verificar la significatividad de las relaciones de orden causal.

**Figura 2. Resultados del modelo estructural.**



El valor del GoF, propuesto por Tenenhaus et al. (2005) revela un buen ajuste del modelo. La relevancia predictiva del modelo también está garantizada como lo muestran los valores positivos de todos los  $Q^2$  de Stone-Geisser. Podemos constatar que la calidad y la imagen no explican significativamente la intención de recomendar el servicio de urgencias. Por contra, la satisfacción es la variable latente que más contribuye a explicar la intención de recomendar el servicio a otros o regresar si ocurre una nueva urgencia. En términos, globales, la variación de la variable fidelidad es explicada en un 69,4% por el resto de variables latentes del modelo. La confianza en el servicio es explicada, especialmente, por la calidad percibida, mientras que la imagen no se muestra significativa. La calidad tiene un efecto mayor que la imagen en la variación de la satisfacción. Se confirman por tanto todas las hipótesis del modelo salvo la H<sub>2</sub>, H<sub>6</sub> y la H<sub>9</sub>.

## **6. CONCLUSIONES**

El análisis de la información obtenida de los pacientes del servicio de urgencias del hospital analizado en la Zona Centro de Portugal nos permite realizar algunas importantes consideraciones sobre la percepción de los pacientes de variables como imagen, calidad, satisfacción, confianza y lealtad.

Del conjunto de diez relaciones de orden causal establecidas el modelo confirma siete. La imagen o reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a aumentar la confianza en el servicio, ni para garantizar su recomendación a otras personas. Sin embargo, la imagen influye positivamente en la satisfacción del paciente, si bien la influencia de la imagen en la satisfacción (24,8%) es menor que la de la calidad percibida (44,3%). Estas relaciones difieren de los resultados obtenidos en trabajos previos realizados en otros sectores, especialmente en el campo del turismo (Bigne et al., 2001). Así, en el estudio realizado por Loureiro y Miranda (2006) la satisfacción y la imagen son los principales antecedentes de la lealtad, mientras que en nuestro trabajo el efecto de la imagen no resulta significativo, adquiriendo mayor importancia el papel de la confianza.

La explicación de estas diferencias parece residir en las especiales características de los servicios de urgencias hospitalarias que llevan a que el factor imagen no juegue un papel tan destacado a la hora de tomar decisiones de comportamiento por parte de los usuarios. A diferencia de otros sectores como el turismo donde el turista tiende a tratar de vivir una experiencia del servicio de acuerdo con la imagen creada del mismo mediante las campañas de marketing realizadas por el prestador del servicio, así como por las comunicaciones boca a boca realizadas por familiares y amigos. Sin embargo, en el caso de los servicios de urgencia el paciente no pretende tener una experiencia idílica, innovadora y creativa que rompa con su rutina diaria, sino que busca que le traten con empatía, de forma digna y con la rapidez y capacidad técnica adecuada a su enfermedad. Dada la complejidad del servicio, el paciente puede no percibir técnicamente todas las características del servicio pero necesita tener la percepción de que es tratado de la mejor forma posible y que le están explicando de forma clara todos los procedimientos y se sienta apoyado a lo largo del proceso de prestación del servicio. De esta forma, la calidad percibida y la satisfacción ganan importancia en relación a la imagen, para conseguir confianza y motivar la recomendación del servicio, tal y como muestran nuestros resultados. No obstante sería necesario profundizar en estas relaciones en futuras investigaciones para corroborar dicha explicación.

Por otro lado la satisfacción es la variable que más influye sobre la recomendación del servicio a familiares y amigos y para el regreso a ese mismo servicio de urgencia en caso de ser necesario. Como ya se ha comentado, calidad y satisfacción también muestran un efecto indirecto sobre la fidelidad, a través de la variable confianza. Así, en los servicios de urgencia la confianza es un factor clave que lleva a los pacientes y sus familiares a hablar bien sobre el servicio de urgencias a los demás y a preferir acudir a dicho servicio cuando vuelva a necesitarlo. Como se observa en los resultados del estudio, la calidad percibida no influye directamente sobre la fidelidad, pero si lo hace de forma indirecta a través de la satisfacción y la confianza. De este modo, la calidad refuerza el efecto de la satisfacción y la confianza sobre la fidelidad. Volvemos a apreciar diferencias significativas respecto a los servicios turísticos, ya que los pacientes de los servicios de urgencia necesitan que su percepción de la calidad sea suficiente para generarles confianza, seguridad y satisfacción de modo que recomiendan dicho servicio de urgencia o regresen a él caso de necesitarlo.

Los resultados de nuestro estudio tienen una serie de importantes implicaciones para gestores de los servicios de urgencias. En primer lugar, debe hacerse un esfuerzo importante en mejorar la calidad del servicio prestado en los servicios de urgencias para de esta forma incrementar la satisfacción del paciente y su confianza y de este modo, potenciar la recomendación del mismo a sus familiares y amigos. La mejora en la calidad percibida puede ser lograda mediante la mejora de la eficacia y de la eficiencia en la prestación del servicio, es decir, reducir el tiempo de espera hasta que el paciente es atendido, mejorar el sistema de orden de atención en función de la gravedad del paciente, mejorar el diagnóstico inicial de los pacientes y la forma en que pacientes y familiares son atendidos por el personal del servicio, transmitiéndoles seguridad, dinamismo y empatía, de forma que se muestre una preocupación real por el bienestar del usuario del servicio de urgencias.

Para concluir nuestro trabajo hemos de hacer referencia a las principales limitaciones del mismo. Si bien todas las escalas están fundamentadas en desarrollos teóricos ya contrastados, alguna de las utilizadas para medir las diferentes variables latentes del modelo podría haberse ampliado, incluyendo un mayor número de indicadores. Por tanto, una posible línea futura de investigación sería la ampliación de la dimensionalidad de las escalas, especialmente las escalas para medir imagen y confianza.

Por otra parte, dado que el estudio se centró en un único servicio de urgencias no es posible generalizar los resultados a otros contextos hospitalarios. En investigaciones futuras, el estudio debe ampliarse a otros contextos del servicio de urgencias, distinguiendo entre pacientes internados y no internados, así como comparando las percepciones de los pacientes con la de los empleados del servicio de urgencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON, E.; FORNELL, C. Y LEHMANN, D. (1994): Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden, *Journal of Marketing*, 58 (July), pp. 53-66.
- ANDERSON, E. Y SULLIVAN, M. (1993): The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. *Marketing Science*, Vol.12, N°2 (Spring), pp.125-143.
- ANDRESEN, T. W.Y LINDESTAD, B. (1998). The effect of corporate image in the formation of customer loyalty. *Journal of Service Marketing*, 1, pp. 82-92.
- BAKER, D. Y CROMPTON, J. (2000): Quality, Satisfaction and Behavioral Intentions. *Annals of Tourism Research*, Vol.27, N°3, pp.785-804.

- BARICH, H., Y KOTLER, P. (1991): A framework for marketing image management. *Sloan Management Review*, 32(2), pp. 94-104.
- BARROSO, C. Y MARTÍN, E. (1999): Nivel de servicios y retención de clientes: el caso de la banca en España. *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, pp.9-36.
- BERRY, L. (2000): Cultivating Service Brand Equity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol.28, Nº1 (Winter): pp.128-137.
- BIGNÉ, J.; SANCHEZ, M. Y SANCHEZ, J. (2001): Tourism image, evaluation variables and after purchase behaviour: interrelationship. *Tourism Management*, Vol.22, Nº6, pp.607-616.
- BITNER, M. (1990): Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*, Nº54 (April), pp.69-82.
- BRADY, M., CRONIN, J., Y BRAND, R. (2002): Performance-only measurement of service quality: a replication and extension. *Journal of Business Research*, 55, pp. 17-31.
- CARMINES, E. G., & ZELLER, R. A. (1979): Reliability and Validity Assessment. London: Ed. Sage Publications, Inc.
- CHIN, W. (1998): The Partial Least Squares Approach to Structural Equation Modeling. In G. A. Marcoulides, (Eta.), *Modern Methods for Business Research* (pp.295-336). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publisher.
- CHIN, W., MARCOLIN, B. L., & NEWSTED, P. R. (2003): A partial least squares latent variable modelling approach for measuring interaction effects: results from a Monte Carlo simulation study and an electronic mail emotion/adoption study. *Information Systems Research*, 14 (2), pp. 189-217.
- CHURCHILL, G.A. JR., Y SURPRENANT, C. (1982): An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19 (November), pp. 491-504.
- CRONIN, J., Y TAYLOR, S. (1992): Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56 (July), pp. 55-68.
- CRONIN, J., Y TAYLOR, S. (1994): SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, January 58(1), pp. 125-146.
- CROW, R., GAGE H., HAMPSOM, S., HART, J., KIMBER, A., STOREY, L., Y THOMAS, H. (2002): The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme*, 6(32).
- DWYER, F. R., SCHURR, P. H., Y OH, S. (1987): Developing buyer-seller relationships. *Journal of Marketing*, 51(2), pp. 11-27.
- FAULK, R.F., Y MILLER; N. B. (1992): *A Primer for Soft Modeling*. Akron, Ohio: The University of Akron.
- FELISART, J., REQUENA, J., ROQUETA, F., SAURA, R. Mº, SUÑOL, R., TOMÁS, S. SU (2001): *Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció sanitària. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques*. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona:
- FORNELL, C. (1995): Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. *Advances in Strategic Management*, 11, pp. 217-29.
- FORNELL, C., JOHNSON, M., ANDERSON, E., CHA, J., Y BRYANT, B. (1996): The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*, 60 (October), pp. 7-18.
- GARBARINO, E., Y JOHNSON, M. S. (1999): The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationship. *Journal of Marketing*, 63, pp. 70-87.
- GARDNER, B. E., Y LEVY, S. (1995): The product and the brand. *Harvard Business Review*, 33, pp. 33-9.
- GIESE, J. L. Y COTE, J. A. (2000): Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, Vol 2000, No. 1.
- GRÖNROOS, C. (1982): An Applied Service Marketing Theory. *European Journal of Marketing*, February 16, pp. 30-41.
- HULLAND, J. (1999): Use of partial least squares (PLS) in strategic management research: A review of four recent studies. *Strategic Management Journal*, 20 (2), pp. 195-204.
- LAM, S.Y., SHANKAR, V., ERRAMILLI, M.K., AND MURTHY, B. (2004): Customer value, satisfaction, loyalty, and switching costs: An illustration from a business-to-business service context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(3), pp. 293-311.
- LAUNO, R. (1993): Knowledge marketing: lean management of quality products. *FID News Bulletin*, 43 (11/12), pp. 262-266.
- LEE, H., DELENE, L.M., BUNDA, M. A. Y KIM, C. (2000): Methods of Measuring Health-Care Service Quality. *Journal of Business Research*, 48, pp. 233-246.
- LOUREIRO, SANDRA M. C. E MIRANDA GONZÁLEZ, F. J. (2006), Calidad, satisfacción y fidelidad en el turismo rural: Un análisis hispano-portugués, *Papers de Turisme*, nº40, pp. 49-65.
- LOVELOCK, C., Y WRICHT, L. (2001): *Serviços: Marketing e Gestão*. São Paulo: Saraiva.
- MOORMAN, C., DESHPANDE, R., Y ZALTMAN, G. (1993): Factors affecting trust in market research relationships. *Journal of Marketing*, 57(1), pp. 81-102.
- MORET, L., NGUYEN, J. M., PILLET, N., FALISSARD, B., LOMBRAIL, P., E GASQUET, I. (2007): Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 7, p. 197.

- MORGAN, R., E HUNT, S. (1994): The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. *Journal of Marketing*, 58(3), pp. 20-33.
- NETO, Q. (2000): *Qualidade Total e Administração Hospitalar: Explorando Disfunções Conceituais*. Lisboa: Edições Silabo.
- NIEDZ, B. (1998): Correlates of Hospitalized Patients' Perceptions of Service Quality. *Research in Nursing & Health*, 21, pp. 339-349.
- NOOTEBOOM, B., BERGER, H., Y NOORDERHAVEN, N. (1997): Effects of trust and governance on relational risk. *Academy of Management Journal*, 40(2), pp. 308-338.
- NUNNALLY, J. (1978): Psychometric Theory (second ed). New York: McGraw-Hill.
- OLIVER, R. (1980): A Cognitive Model of Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research* Vol.17 (November), pp.460-469.
- OLIVER, R. (1999): Whence Consumer Loyalty. (Special Issue). *Journal of Marketing*, 63, pp. 33-44.
- OLIVER, R. Y DESARBO, W. S. (1988): Response Determinants in Satisfaction Judgments. *Journal of Consumer Research*, Vol. 14, No. 4 (Mar., 1988), pp. 495-507.
- OLIVER, R. Y SWAN, J. (1989): Consumer Perceptions of Interpersonal Equito and Satisfaction in Transactions: A Field Survey Approach. *Journal of Marketing*, Vol.53, Nº2 (April), pp. 21-35.
- OSTROWSKY, P. L., O'BRIEN, T. V. Y GORDON, G. L. (1993): Service quality and customer royalty in the comercial airline industry. *Journal of Travel Research*, vol 32/2, pp. 16-24.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V.A., E BERRY, L. (1985): A Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (Fall), pp. 41-50.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A. Y BERRY, L. (1988): SERVQUAL: A Multiple-item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, Vol.64 (Spring), pp.12-40.
- PATTERSON, P. G., Y SPRENG, R. A. (1997): Modelling the Relationship Between Perceived Value, Satisfaction and Repurchase Intentions in a Business-to-Business, Services Context: An Empirical Examination. *The International Journal of Service Industry Management*, 8 (5), pp. 415-432.
- ROUSSEAU, F., SITKIN, S., BURT, R., Y CAMERER, C. (1998): Not so different after all: a cross-discipline view of trust. *The Academy of Management Review*, 23(4), pp. 393-404.
- ROEST, H., Y PIETERS, R. (1997): The Nomological Net of Perceived Service Quality. *The International Journal of Service Industry Management*, 8 (4), pp. 336-351.
- RUST, R. Y OLIVER, R. L. (1994): *Service Quality: New Directions in Theory and Practice*. London.
- RUST, R. Y ZAHORIK, A. (1993): Customer satisfaction, customer retention and marketing share. *Journal of Retailing*, vol 69, nº 2, pp. 145-156.
- RYUTER, K. WETZELS, M. Y BLOEMER, J. (1996): On the relationship between perceived service quality, service loyalty and switching costs. *International Journal of Service Industry Management*, vol 9, nº 5, pp. 436 – 453.
- SANDVIK, K. Y DUHAN, D. F. (1996): The effects of performance quality, customer satisfaction and brand reputation on customer loyalty. *25th EMAC Conference*, pp. 983-999.
- SELNES, F. (1993): An examination of the effect of product performance on brand reputation, satisfaction and loyalty. *European Journal of Marketing*, vol 27, nº 9, pp. 19-35.
- SETÓ, D. (2003): La Influencia de la Calidad de Servicio, la Imagen, la Satisfacción y la Confianza en la Fidelidad del Cliente. *Revista Española de Investigación de Marketing (ESIC)*, Vol.7, Nº1, pp.27-55.
- SINGH, J., Y SIRDESHMUKH, D. (2000): Agency and trust mechanisms in satisfaction and loyalty judgements. *Academy of Marketing Science Journal*, 28(1), pp. 150-168.
- SIRDESHMUKH, D., SINGH, J., Y SABOL, B. (2002): Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges. *Journal of Marketing*, 66(1), pp. 15-37.
- TAYLOR, S. Y BAKER, T. (1994): An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers' Purchase Intentions. *Journal of Retailing*, Vol.70, pp.163-178.
- TAX, S. S., BROWN, S. W., Y CHANDRASHEKARAN, M. (1998): Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing. *Journal of Marketing*, 62(2), pp. 60-76.
- TENENHAUS, M., VINZI, V. E., CHATELIN, Y.-M., Y LAURO, C. (2005): PLS Path Modeling. *Computational Statistics & Data Analysis*, 48, pp. 159-205.
- VINAGRE, M. H. & NEVES, J. G. (2008): The influence of service quality and patients' emotions on satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 21, No 1, pp. 87-103.
- WESTBROOK, R. (1987): Product/Consumption-Based Affective Responses and Postpurchase Processes. *Journal of Marketing Research*, Vol.24, Nº3 (August), pp.258-270.
- ZEITHAML, V., BERRY, L., Y PARASURAMAN, A. (1996): The Behavioral Consequences of Sevice Quality. *Journal of Marketing*, 60, pp. 31-46.