

LA EXPLICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE LEALTAD DESDE LA TEORIA DE LA ACTITUD: UNA APLICACIÓN A USUARIOS DE HOSPITALES

Miguel Ángel Moliner Tena
Lluís J. Callarisa Fiol
Rosa M. Rodríguez Artola

ABSTRACT

El objetivo del presente trabajo es explicar el comportamiento de lealtad de compra aplicando el modelo propuesto por Oliver (1999), que adapta la teoría de la actitud de Fishbein y Ajzen (1975). Para ello se ha llevado a cabo un estudio empírico entre usuarios de un hospital público y un hospital privado de España. El contraste del modelo se realiza a través de Modelos de Ecuaciones Estructurales (Path Analysis).

1. INTRODUCCIÓN

Desde finales de los 90 y principios del nuevo milenio el interés de los académicos y de las empresas ha evolucionado. La palabra clave es lealtad. Algunos académicos consideran que los estudios centrados en la satisfacción en sí misma no tienen el suficiente interés (Oliver, 1999). Lo importante es ver cómo contribuye la satisfacción del consumidor a mantener una relación estable a largo plazo. Las empresas compiten en mercados maduros, donde el mantenimiento de los clientes es más rentable que conseguir nuevos clientes. Por todo ello la lealtad se ha colocado en un lugar preferente en el marketing.

No obstante, la lealtad no es un concepto donde exista unanimidad en su definición ni donde esté claro cuáles son los antecedentes de la misma. No son muy numerosos los modelos globales que intentan explicar la lealtad. En este trabajo se va a tomar como base un modelo publicado en el *Journal of Marketing*. Se trata del modelo de Oliver (1999), que se basa en el modelo clásico de actitud de Fishbein y Ajzen (1975).

Se pretende contrastar este modelo en una muestra de usuarios de hospitales. La justificación a esta elección proviene del hecho de que en muchos países europeos convive una red hospitalaria pública con una red hospitalaria privada. El sistema público se caracteriza por las pocas posibilidades de elección y por las grandes barreras de salida que existen, donde el comportamiento de lealtad es bastante cautivo. Mientras en el sistema hospitalario privado estas barreras de salida son mucho menores, por lo que el comportamiento de lealtad no se ve tan mediatizado. No existen muchos sectores donde convivan estas dos realidades. Además, el marketing de los servicios públicos es una extensión del marketing que está recibiendo cada vez más atención por parte de los investigadores del marketing. Esto es lógico si tenemos en cuenta la gran cantidad de recursos que gestionan y la importancia que tiene la satisfacción de los ciudadanos en un servicio tan relevante como la salud. Y se ve reflejado en el hecho de que el estudio de los servicios públicos es un área prioritaria del Programa Marco de I+D+i de la Unión Europea.

El objetivo de este trabajo es utilizar el modelo de Oliver (1999) para explicar el comportamiento de lealtad de los usuarios de un hospital. Para ello se lleva a cabo una revisión bibliográfica, centrada en la explicación del modelo de referencia, y después se contrasta el mismo en una muestra de usuarios de un hospital público (Hospital de Sagunto) y una muestra de usuarios de un hospital privado (Hospital 9 de Octubre de Valencia).

2. EL MODELO DE LEALTAD DE OLIVER (1999): LA LEALTAD COMO ACTITUD.

Oliver es un autor muy conocido por sus publicaciones sobre satisfacción. Oliver (1999) analiza las relaciones existentes entre la satisfacción y la lealtad y habla de un paradigma emergente. Comenta, que hace unos años, una de las estrellas de la investigación en marketing y también, el objetivo principal de las empresas, era maximizar la satisfacción del consumidor. Sin embargo, diversos autores han criticado los estudios de mera satisfacción, llamando la atención sobre la gran relevancia de la lealtad (Deming, 1986; Jones y Sasser, 1995; Stewart, 1997). Por ello, la lealtad es ahora la estrella en la investigación en marketing.

La satisfacción y la lealtad están intrínsecamente unidas, y esa relación es asimétrica. Tradicionalmente se ha considerado que la satisfacción es un antecedente de la lealtad. Pero, 1) ¿qué aspectos de la satisfacción tienen implicaciones en la lealtad?, 2) ¿qué fracción de la lealtad se debe a la satisfacción? Ello supone que, junto a la satisfacción es necesario identificar otros determinantes de la lealtad. Según Oliver (1999) esto incluiría a las actitudes y las fuerzas sociales.

Hay muchas definiciones de satisfacción y de lealtad, pero son definiciones de proceso. Es decir, definen lo que los consumidores hacen para estar satisfechos y/ o ser leales. Por ejemplo, la satisfacción ha sido definida como “una evaluación de la discrepancia percibida entre las expectativas previas ... y el resultado actual del producto” (Tse y Wilson, 1988; Oliver, 1980). La lealtad por su parte, ha sido definida como la frecuencia de compra repetida o el volumen relativo de compra de la misma marca (Tellis, 1988). Estas definiciones por tanto, no recogen el significado psicológico de la satisfacción y la lealtad (Oliver, 1999).

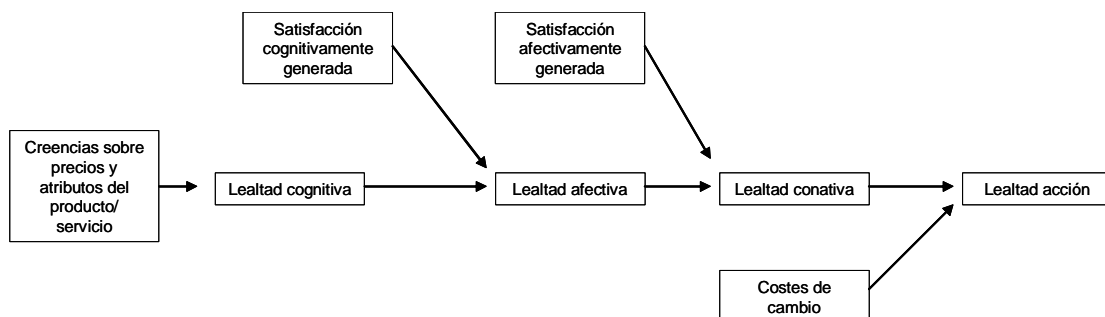
Oliver (1997) define la satisfacción como el cumplimiento placentero. Es decir, el consumidor siente que el consumo llena una necesidad, deseo o meta o algo similar, y que este cumplimiento es placentero. Por ello la satisfacción es el sentimiento del consumidor de que el consumo provee un resultado contra un estándar de placer o no placer. Para que la satisfacción afecte a la lealtad, una satisfacción frecuente o acumulada es necesaria, de tal manera que los episodios de satisfacción individual se agreguen y mezclen.

De esta manera, la lealtad puede ser definida como un compromiso profundo de recompra o de comportamiento repetido de compra de un producto/ servicio preferido de manera consistente en el futuro, de tal modo que causa una compra repetida de la misma marca o conjunto de marcas, a pesar de las influencias situacionales y los esfuerzos de marketing, que tienen la potencialidad de causar comportamientos de cambio (Oliver, 1999). Oliver (1999) procede a describir el consumidor leal como aquel que “fervientemente desea la recompra de un producto o servicio y no quiere tener ningún otro”. Y añade un nivel superior de lealtad al postular “un consumidor que perseguirá esta búsqueda contra todas las probabilidades y todos los costes”. Estos últimos términos se refieren a la lealtad última. Esta es la lealtad que siente un fan de un equipo de fútbol o un simpatizante de una secta religiosa.

Respecto a la racionalidad de la lealtad, el autor parte de las conceptualizaciones previas de la lealtad. Jacoby y Chestnut (1978) exploraron el significado psicológico de la lealtad en un esfuerzo por distinguirla del comportamiento (p.e. compra repetida). Su análisis concluye que una compra consistente como indicador de la lealtad puede no ser válido a causa de una compra por casualidad o una preferencia por conveniencia, y aquella compra inconsistente puede enmascarar una lealtad si los consumidores son leales a muchas marcas.

Es necesario llevar a cabo un análisis más profundo para detectar la verdadera lealtad de marca, orientado a valorar las creencias del consumidor, el afecto y la intención en una estructura tradicional de actitud. Oliver (1999) plantea un modelo teórico de lealtad en 4 fases.

Figura 1. Modelo de lealtad de Oliver (1999)



Fuente: Oliver (1999)

1. Lealtad cognitiva: la valoración de los atributos de la marca debe ser preferida a las ofertas competitivas. Es una valoración puramente cognitiva. Como identificadores señala la lealtad al precio, y a las características y atributos del producto/ servicio.
2. Lealtad afectiva: es una preferencia afectiva (actitud) hacia una marca. Es una lealtad hacia una simpatía. Oliver (1999) dice que se mide de la siguiente manera: “lo compro porque me gusta”. Junto a la lealtad cognitiva, la lealtad afectiva se ve determinada por la insatisfacción cognitivamente inducida (comparación entre expectativas y resultados).
3. Lealtad conativa: es la lealtad a una intención, que se mide: “estoy comprometido para comprarlo”. Los determinantes de la lealtad conativa serían la lealtad afectiva y la insatisfacción afectivamente generada.
4. Lealtad acción: junto a las tres fases anteriores introduce una cuarta que es la acción. Supone la lealtad a una inercia de acción junto a una superación de los obstáculos.

Esta visión de la lealtad basada en la superioridad de un producto es aceptada de manera bastante amplia por la literatura (Buttle y Burton, 2002; Fullerton, 2003; McMullan y Gilmore, 2003). No obstante, Oliver (1999) advierte que este modelo no es aplicable en todas las circunstancias ni para estudiar todos los comportamientos de lealtad. Concretamente identifica dos barreras:

1. Las idiosincrasias individuales, como la búsqueda variada y la lealtad multimarca. Es decir, cuando se trata de un comportamiento de búsqueda variada, donde el producto es de implicación baja pero existen diferencias significativas entre marcas, el modelo de lealtad no tendrá una alta capacidad explicativa, puesto que como al consumidor le gusta la variedad, irá probando distintas marcas. Lo mismo sucede cuando el consumidor es leal a varias marcas, y de manera indistinta compra alguna de ellas.
2. Los incentivos de cambio. La lealtad más fácil de romper es la lealtad cognitiva mientras que la más difícil es el estado de acción. La lealtad cognitiva se basa en niveles de resultado, de tipo funcional, estético o basado en el coste, y está sujeta a fallos en estas dimensiones. La lealtad afectiva puede ser sensible a la insatisfacción al nivel cognitivo, lo que inducirá cambios actitudinales. La lealtad afectiva está sujeta al deterioro de su base cognitiva, lo que causa insatisfacción, y tiene efectos en la fortaleza de la actitud hacia la marca y en la lealtad afectiva. Por tanto, aunque la satisfacción es la piedra angular de la lealtad, sobre todo al nivel afectivo, la insatisfacción es el talón de Aquiles de la lealtad.

Para Oliver (1999) este modelo basado en la actitud es un modelo que permite explicar la lealtad basada en la superioridad de un producto. Pero este modelo no sirve para explicar la lealtad última. La superioridad del producto es la forma más débil de lealtad en este nuevo contexto. Refleja la visión tradicional de la lealtad como un resultado de la alta calidad o de la superioridad del producto, que genera un fuerte sentido de preferencia por una marca.

Como se ha comentado, la lealtad última es la que experimenta, por ejemplo, el fan de un club de fútbol o el miembro de una secta religiosa, que defienden una marca hasta sus últimas consecuencias. Para explicar la lealtad última Oliver (1999) introduce dos variables: la fortaleza individual y el apoyo social/ comunitario.

Tabla 1. La lealtad última

		Apoyo social/ comunitario	
		Bajo	Alto
Fortaleza individual	Baja	Superioridad del producto	Envolvimiento social
	Alta	Autoaislamiento determinado	Inmersión en la autoidentidad

Fuente: Oliver (1999)

La dimensión vertical de la tabla 1 refleja el grado de fortaleza individual, o el grado hasta donde el consumidor lucha contra otras ofertas competitivas en base a su lealtad a la marca y no en base a la información generada por el vendedor. En el nivel más bajo de fortaleza, el consumidor solo tiene información relacionada con el mercado. En el nivel más alto de fortaleza, el consumidor ha desarrollado una inercia de acción y una defensa feroz contra lo que su fe ciega interpreta como una usurpación competitiva.

La dimensión horizontal de la tabla 1 ilustra fases bajas y altas de comunidad y apoyo social. La comunidad provee el ímpetu para permanecer leal porque es atractivo en un sentido pasivo o activamente promueve la lealtad. Esta dimensión se cruza con la fortaleza individual, de tal modo que la celda inferior-derecha (alta fortaleza individual y alto apoyo social/ comunitario) es el colmo de la lealtad, mientras que la celda superior-izquierda (baja fortaleza individual y alto apoyo social/comunitario) contiene el caso más débil de lealtad, basada en la superioridad del producto.

3. OBJETIVO Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO CUANTITATIVO

El objetivo básico de la parte empírica es contrastar el modelo planteado entre usuarios de los servicios de hospitales. Más concretamente se han elegido usuarios de un hospital público (Hospital de Sagunto) y de un hospital privado (Hospital 9 de Octubre de Valencia).

El modelo de Oliver (1999) tiene capacidad de explicación de la lealtad de los usuarios de hospitales puesto que no existe un comportamiento de búsqueda variada ni una lealtad multimarca, dado que la salud es un servicio fundamental para cualquier persona, donde el nivel de implicación es muy elevado. Además, respecto a los incentivos al cambio, existen diferencias entre el sistema hospitalario público y el privado, puesto que el sistema público se caracteriza por las pocas posibilidades de elección de hospital que existen, mientras que en el sistema hospitalario privado las posibilidades de elección son bastante más elevadas.

Respecto a la muestra, se han realizado 341 entrevistas personales en un hospital privado de Valencia capital (Hospital 9 de Octubre) y en el hospital público de Sagunto (Valencia). En el Hospital Público de Sagunto se cumplimentaron 170 encuestas, mientras que en el Hospital 9 de Octubre se cumplimentaron 171.

El universo han sido individuos mayores de 18 años, que han utilizado los servicios externos y/o de hospitalización de alguno de estos dos hospitales al menos 3 veces durante los últimos 2 años. Esta decisión se tomó porque para explicar un comportamiento de lealtad es fundamental que los entrevistados tengan experiencia propia, y que esta experiencia sea reciente. Ambos hospitales tienen un tamaño similar, y tienen una población de referencia superior a 100.000 (lo que permite trabajar con un universo grande). El trabajo de campo se realizó en enero y febrero de 2005.

Se ha llevado a cabo un proceso de depuración de los cuestionarios con el fin de identificar y eliminar los casos atípicos (Uriel y Aldás, 2005). Los *outliers* o casos atípicos son aquellos casos para los que una, dos o múltiples variables toman valores extremos que los hacen diferir del comportamiento del resto de la muestra. Estos valores tan diferentes permiten al investigador sospechar que han sido generados de manera diferente al resto de los casos. Es importante detectarlos porque distorsionan los resultados al oscurecer el patrón de comportamiento del resto de casos y obtenerse conclusiones que, sin ellos, serían completamente distintas (Uriel y Aldás, 2005). Siguiendo las recomendaciones de Uriel y Aldás (2005), para identificar los casos atípicos, se ha llevado a cabo un análisis *cluster*, tomando como criterio de clasificación la distancia al centroide. Ello ha permitido identificar un grupo de datos homogéneo y otro conjunto con un comportamiento atípico. Como resultado final, el estudio de los casos atípicos a través de la técnica *cluster* llevó a desestimar un total de 33 casos, de los cuales 19 eran de la muestra de usuarios del hospital público y 14 de la muestra de usuarios del hospital privado. Así pues la muestra válida está compuesta por 308 casos, de los cuales 157 entrevistas pertenecen al hospital privado y 151 al hospital público. Esto da lugar a un error muestral del 5,7%, para un nivel de confianza del 95,5% y un $p=q=0,5$.

4. RESULTADOS

Antes de presentar los resultados empíricos se va a proceder a describir de manera breve las características de cada hospital.

El Hospital de Sagunto (Valencia) es un hospital público, puesto en funcionamiento en 1982, perteneciente al Área de Salud III de la Agencia Valenciana de Salud, dependiente de la *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana*. El Área de Salud III comprende 51 municipios del norte de la provincia de Valencia (comarcas de *Camp de Morvedre* y *Horta Nord*) y del Sur de la provincia de Castellón (comarcas de la *Plana Baixa* y *Alto Palancia*). Aproximadamente cubre la asistencia hospitalaria de más de 125.000 habitantes. El hospital cuenta con 279 camas, y con servicios de Pediatría, Maternidad, Oncología, Hematología, Oftalmología, Medicina Interna, Psiquiatría, Cuidados Intensivos, Cirugía, Urología, Traumatología, ORL y Rehabilitación.

El Hospital 9 de Octubre pertenece a una red privada de hospitales (NISA). El inicio de la historia de Hospitales Nisa se remonta a 1967, año en el que un grupo de médicos de la ciudad de Valencia constituyen la Sociedad Clínica Virgen del Consuelo, S.A. (180 camas y 15 quirófanos). El grupo NISA cuenta con 5 hospitales en funcionamiento y otros dos que están siendo construidos. El Hospital 9 de Octubre es el buque insignia del grupo, puesto que es el hospital más grande y abarca todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Cuenta con un total de 310 camas (24 en la UCI) y 21 quirófanos. La gestión del hospital se realiza de manera totalmente empresarial. Una muestra es el interés por la calidad y es que en el año 2001 se inició un proceso de certificación de calidad según la norma ISO 9001: 2000.

Respecto al contraste del modelo, conviene decir que se ha realizado de manera paralela en las dos muestras, siguiendo las recomendaciones de Uriel y Aldás (2005). Así, por un lado, se contrasta el modelo en la muestra de usuarios de un hospital público y después en la muestra de usuarios de un hospital privado. Las relaciones que se contrasten simultáneamente en ambas muestras podrán ser generalizables.

En las figuras 3 y 4 se muestra el contraste del modelo para cada una de las dos muestras. Aunque no se alcanza una probabilidad asociada a la chi-cuadrado superior a 0,05, los índices de ajuste parcial (RMSEA, GFI y AGFI) son aceptables.

4.1. Comportamiento de lealtad entre usuarios de un hospital público

En la muestra de usuarios de un hospital público se observa como la secuencia lealtad cognitiva → lealtad afectiva → lealtad conativa → lealtad acción se convierte en la columna vertebral del modelo. La lealtad cognitiva tiene una fuerte influencia en la lealtad afectiva (0,40), la lealtad afectiva influye de manera más moderada en la lealtad conativa (0,25), mientras la lealtad conativa tiene una influencia muy fuerte en la lealtad acción (0,64).

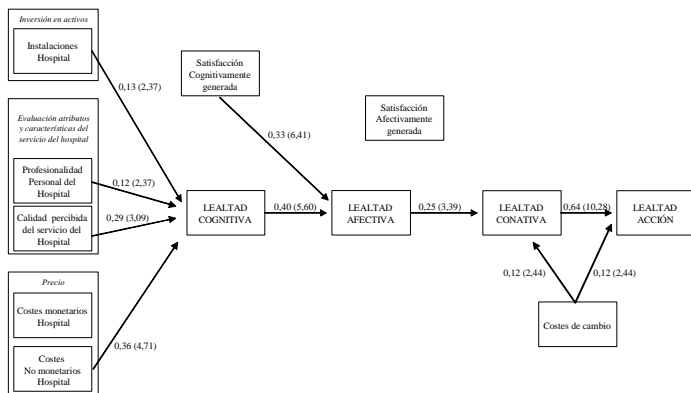
Respecto a los antecedentes de la lealtad cognitiva, los costes no monetarios son los que ejercen una mayor influencia en la lealtad cognitiva (0,36). Esto tiene sentido por el problema de listas y de colas de espera que tiene el sistema hospitalario público. En cambio los costes monetarios no ejercen una influencia significativa, lo cual también se justifica porque se trata de un coste indirecto que no abona directamente el usuario. Respecto al resto de antecedentes, la calidad percibida del servicio del hospital también ejerce una influencia moderada en la lealtad cognitiva (0,29). La profesionalidad del personal del hospital (0,12) y las instalaciones del hospital (0,13) ejercen una influencia significativa pero no tan importante como los costes no monetarios y la calidad percibida de los servicios hospitalarios.

Respecto a la formación de la lealtad afectiva, se observa como los dos antecedentes teóricos tienen una fuerte influencia en la misma. Por un lado la satisfacción cognitivamente generada (0,33) y por otro la lealtad cognitiva (0,40).

Respecto a la formación de la lealtad conativa, solamente la lealtad afectiva (0,25) y los costes de cambio (0,12) ejercen una influencia significativa. La satisfacción afectivamente generada no ejerce ninguna influencia.

Finalmente, la lealtad acción recibe una muy fuerte influencia de la lealtad conativa (0,64), y una influencia también significativa de los costes de cambio (0,12).

Figura 3. Usuarios de un hospital público



Chi-cuadrado=299,79, gl=51, P=0,00; RMSEA=0,18; GFI=0,75; AGFI=0,62

Por tanto, en el contraste del modelo en la muestra de usuarios de un hospital público destaca la importancia de los costes no monetarios y de la calidad percibida de los servicios hospitalarios en la formación de la lealtad cognitiva. La satisfacción y la lealtad cognitiva ejercen una fuerte influencia en la formación de la lealtad afectiva, mientras que la lealtad conativa se ve influida fundamentalmente por la lealtad afectiva. La lealtad acción tiene como principal antecedente a la lealtad conativa.

4.2. Comportamiento de lealtad entre usuarios de un hospital privado

Una vez analizado el modelo en la muestra de usuarios de un hospital público, se procede a estudiar los resultados del contraste en la muestra de usuarios de un hospital privado. También en este caso se observa el lugar central que ocupan los distintos niveles de lealtad, convirtiéndose en la columna vertebral del modelo.

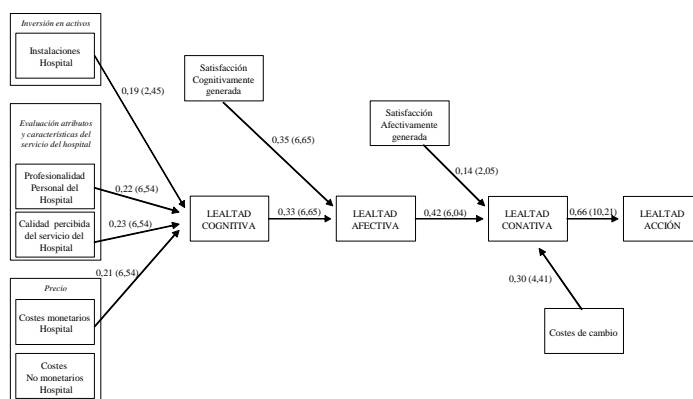
Los principales antecedentes de la lealtad cognitiva son la calidad percibida de los servicios hospitalarios (0,23), la profesionalidad del personal del hospital (0,22), los costes monetarios (0,21) y las instalaciones del hospital (0,19). A diferencia de la muestra de usuarios de un hospital público, en este caso los costes no monetarios no ejercen ninguna influencia en la formación de la lealtad cognitiva. La explicación a esta cuestión es que el hospital privado ha sabido darle una solución a este problema, en contra de lo que sucede en el hospital público. También a diferencia de la muestra de usuarios de un hospital público, los costes monetarios ejercen una influencia significativa en la lealtad cognitiva. Esto también es lógico puesto que el usuario realiza un pago directo por cada servicio recibido en un hospital privado. En cualquier caso, parece que los principales factores que ayudan a formar la lealtad cognitiva son la evaluación de los atributos y características de los servicios del hospital.

Respecto a la formación de la lealtad afectiva, tanto la satisfacción cognitivamente generada (0,35) como la lealtad cognitiva (0,33) ejercen una fuerte influencia.

En el caso de la lealtad conativa, la principal influencia proviene de la lealtad afectiva (0,42) y de los costes de cambio (0,30). A diferencia de la muestra de usuarios de un hospital público, la satisfacción afectivamente generada ejerce una influencia significativa en la lealtad conativa (0,14).

Finalmente, el único antecedente de la lealtad acción es la lealtad conativa (0,66). A diferencia de lo que sucedía en la muestra de usuarios de un hospital público, los costes de cambio no ejercen ninguna influencia en la lealtad acción.

Figura 4. Usuarios de un hospital privado



Chi-cuadrado=450,98, gl=55, P=0,00; RMSEA=0,22; GFI=0,67; AGFI=0,54

Por tanto, la lealtad cognitiva de los usuarios de un hospital privado se forma a partir de todos los antecedentes detectados, excepto de los costes no monetarios. La lealtad afectiva recibe fuertes influencias de la lealtad cognitiva y de la satisfacción cognitivamente generada, mientras que los principales antecedentes de la lealtad conativa son la lealtad afectiva y los costes de cambio. Finalmente, la lealtad conativa ejerce una muy alta influencia en la lealtad acción.

5. CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido explicar el comportamiento de lealtad de los usuarios de hospitales, tomando como marco teórico el modelo planteado por Oliver (1999). La revisión teórica ha permitido concluir que existen distintos niveles de lealtad que siguen la secuencia marcada por el modelo clásico de actitud (Fishbein y Ajzen, 1975). Es un modelo cognitivo, basado en el procesamiento de la información, de tal manera que el núcleo central del mismo es la actitud. La formación de la actitud (lealtad afectiva) responde a la interacción de distintas creencias descriptivas o inferidas, que se forman tras el procesamiento de la información. La lealtad cognitiva es una creencia inferida consecuencia de distintas creencias descriptivas. La lealtad conativa corresponde a la intención de comportamiento, y aunque originariamente la intención era una parte de la actitud, la falta de evidencia empírica ha llevado a catalogarla como una variable independiente. Finalmente el modelo clásico de actitud predice una fuerte relación entre la intención de comportamiento y el comportamiento real, que solo puede verse alterado por factores situacionales (costes de cambio). En el contraste del modelo en las dos muestras queda patente la fuerte relación causal existente entre la intención y el comportamiento.

Respecto a los resultados concretos del estudio, se demuestra el alto poder explicativo que tiene la secuencia lealtad cognitiva → lealtad afectiva → lealtad conativa → lealtad acción. Ésta es la columna vertebral que permite entender el comportamiento de lealtad de los usuarios. En el contraste del modelo en las dos muestras destaca el fuerte impacto que ejerce la lealtad conativa sobre la lealtad acción, cuyo parámetro alcanza valores superiores a 0,60.

En relación a los antecedentes de la lealtad, conviene decir que al tratarse de un modelo cognitivo, las creencias juegan un papel muy relevante. La inversión en activos, la evaluación de los atributos y características de los servicios y el precio ejercen una fuerte influencia en la formación de la lealtad cognitiva. En este sentido destaca el papel jugado por la calidad de los servicios hospitalarios, que en ambas muestras supone una de las mayores influencias. También conviene destacar el papel tan diferente que juega el precio en las dos muestras. Mientras que en la muestra de usuarios de un hospital público son los costes no monetarios los que ejercen un papel crucial (los costes monetarios no ejercen ninguna influencia), en la muestra de usuarios de un hospital privado son los costes monetarios los que son relevantes (los costes no monetarios dejan de ser significativos). Como ya se ha comentado, este dispar comportamiento es lógico si se tiene en cuenta que el principal problema de los hospitales públicos son las listas de espera y las colas, aspecto que ha sido solucionado en los hospitales privados. Por el contrario, en un hospital público el precio monetario no es visible, mientras que en un hospital privado si lo es. Respecto al papel jugado por el resto de antecedentes, hay que decir que juegan un papel muy similar en ambas muestras. Este aspecto es lógico puesto que, en el caso del personal sanitario, suele ser habitual que un mismo profesional trabaje en un hospital público y en un hospital privado.

El papel de la satisfacción del usuario también juega un papel importante. Oliver (1997, 1999) distingue entre satisfacción cognitivamente generada y satisfacción afectivamente generada. La

primera se refiere al ejercicio cognitivo de comparación de expectativas y percepciones inherente al proceso de formación de la satisfacción. La segunda es el sentimiento placentero o no que se genera tras el consumo y tras la comparación de percepciones y expectativas. Ello ha llevado a algunos autores a plantear un modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción (Bigné y Andreu, 2004). Según Oliver (1999) la satisfacción es una emoción por lo que estaría muy ligada a la satisfacción afectivamente generada. Además considera que la satisfacción afectivamente generada se manifiesta fundamentalmente a través de sentimientos de insatisfacción, como la frustración o el enfado (Casado y Más, 2001; Mattila, 2004). A tenor de los resultados, parece que es la satisfacción cognitiva la que ejerce un papel más importante. No obstante el análisis de la satisfacción afectivamente generada permite identificar diferencias entre ambas muestras. Así las emociones juegan un papel relevante en la formación de la lealtad conativa en la muestra de usuarios de un hospital privado, mientras que esta influencia no es relevante en la muestra de usuarios de un hospital público. Sin duda esto supone un punto débil pero también una oportunidad para un hospital privado. Supone un punto débil porque aflora un motivo que puede llevar a un descenso en la intención de comportamiento, en la medida en que se generen sentimientos negativos. Este aspecto no resulta relevante en el hospital público, donde la lealtad conativa de sus usuarios es inmune a sentimientos de insatisfacción. Por otro lado, supone una oportunidad puesto que en caso de llevar a cabo políticas de fidelización, de personalización de la comunicación, pueden generarse lazos importantes de índole emocional que fortalezcan la lealtad conativa.

Los costes de cambio también juegan un papel dispar en las dos muestras. Mientras que en la muestra de usuarios de un hospital público ejercen una influencia significativa sobre la lealtad conativa y la lealtad acción, en la muestra de usuarios de un hospital privado, **sólo** ejercen influencia sobre la lealtad conativa. Ello supone que los costes de cambio actúan como un freno importante para que la intención de comportamiento se transforme en un comportamiento, por ejemplo, de cambio de hospital. Esto es lógico si tenemos en cuenta que el usuario de un hospital público se enfrenta a importantes costes de cambio. Burnham, Frels y Mahajan (2003) identifican 3 tipos de costes de cambio:

- Costes de cambio de procedimiento: consisten en el riesgo económico, la evaluación, el aprendizaje y los costes de disposición. Estos costes de cambio implican principalmente los gastos en tiempo y esfuerzo.
- Costes de cambio financieros: consisten en la pérdida de beneficios y pérdidas financieras. Este tipo de costes de cambio implican la pérdida de recursos financieramente cuantificables.
- Costes de cambio relacionales: consisten en la pérdida de relaciones personales y la pérdida de relaciones de marca. Este tipo de costes de cambio implican una falta de confort psicológico y emocional debido a la pérdida de identidad y a la pérdida de límites.

El usuario de un hospital público se enfrenta a unos altos costes de cambio de procedimiento y financieros, lo cual inhibe cualquier comportamiento real de cambio, independientemente de su intención. En un hospital privado los costes de cambio no son tan importantes, puesto que aunque influyen en la lealtad conativa no tienen ninguna influencia en la lealtad acción. Esto supone un punto débil puesto que el hospital privado está expuesto a la posibilidad de cambio.

Evidentemente el estudio tiene una serie de limitaciones. La primera se debe a la muestra, por cuanto se ha centrado el estudio entre los usuarios de dos centros hospitalarios concretos y de una zona geográfica determinada. Resultaría tremendamente interesante extender este estudio a centros hospitalarios de otras regiones o de otros países.

También enriquecería las conclusiones ampliar el estudio a centros hospitalarios públicos con gestión privada (como el Hospital de Alzira) con el fin de identificar pautas comunes de comportamiento. En este sentido, es necesario apuntar que el presente estudio no pretende en ningún

caso justificar decisiones a nivel macroeconómico, referidas al mejor modelo de gestión hospitalaria. Las diferencias de percepción entre los usuarios de uno y otro hospital son significativas, pero en todos ellos se parten de niveles de las variables muy altos. Junto a ello, una muestra de dos hospitales no es suficiente para justificar decisiones a nivel macro. El presente estudio, desde el punto de vista empresarial, sólo sirve para hacer recomendaciones de gestión a cada uno de los dos hospitales.

Otra limitación del estudio se refiere a las medidas de la lealtad acción. Se trata de preguntas sobre comportamientos concretos que ha realizado el entrevistado. Para medir la capacidad predictiva de la intención de lealtad sería conveniente desarrollar el estudio en dos fases, de tal manera que a partir de la medición de la intención de lealtad se contrastara si el comportamiento ha sido el predicho. Esto sería de gran utilidad para las recomendaciones empresariales.

Finalmente, en el apartado de limitaciones, conviene decir que la lealtad es una variable continua, que retroalimenta al proceso y se ve influida por el mismo. En este trabajo se ha contrastado el modelo con datos de corte transversal, pero sería mucho más rico contrastar las hipótesis en series temporales.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Bigné, J.E. y L. Andreu (2004): "Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo", *Cuadernos de Economía y Dirección de Empresas*, Núm. 21, pp. 89-120.
- Burnham, T.A.; J.K. Frels y V. Mahajan (2003): "Consumer Switching Costs: A Typology, Antecedents and Consequences", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 31, Núm. 2, pp. 109-126.
- Buttle, F. y J. Burton (2002): "Does service failure influence customer loyalty?", *Journal of Consumer Behavior*, Vol. 1, Núm. 3, pp. 217-227.
- Casado, B. y F. Más (2001): "El retraso del servicio en el ámbito de las percepciones del consumidor", *XIII Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing*, Málaga, pp.39-52.
- Deming, W.E. (1986): *Out of Crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.
- Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fullerton, G. (2003): "When does commitment lead to loyalty?", *Journal of Service Research*, Vol. 5, Núm. 4, pp. 333-344.
- Jacoby, J. y W.E. Chesnut (1978): *Brand Loyalty*. Nueva York: Ed. John Wiley & Sons.
- Jones, T.O. y W.E. Sasser, Jr. (1995): "Why Satisfied Customers Defect", *Harvard Business Review*, Vol. 73, Noviembre/ Diciembre, pp. 88-99.
- Mattila, A.A. (2004): "The impact of service failures on customer loyalty. The moderating role of affective commitment", *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 15, Núm. 2, pp. 134-149.
- McMullan, R. y A. Gilmore (2003): "The conceptual development of customer loyalty measurement: a proposed scale", *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, Vol. 11, Núm. 3, pp. 230-243.
- Oliver, R.L. (1980): "A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions", *Journal of Marketing Research*, Vol. 17, Noviembre, pp. 460-469.
- Oliver, R.L. (1997), *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Customer*, New York: McGraw-Hill.
- Oliver, R. (1999): "Whence consumer Loyalty?", *Journal of Marketing*, Vol. 63, nº especial, pp. 33-45.
- Stewart, T.A. (1997): "A Satisfied Customer Isn't Enough", *Fortune*, Vol. 136, (21 de Julio), pp. 112-113.
- Tellis, G.J. (1988): "Advertising Exposure, Loyalty and Brand Purchase: A Two-Stage Model of Choice", *Journal of Marketing Research*, Vol. 25, Mayo, pp. 134-144.
- Tse, D.K. y P.C. Wilson (1988): "Models of Consumer Satisfaction Formation: An Extension", *Journal of Marketing Research*, Vol. 25, Mayo, pp. 204-212.
- Uriel, E. y J. Aldás (2005): *Análisis Multivariante Aplicado*. Madrid: Thomson.