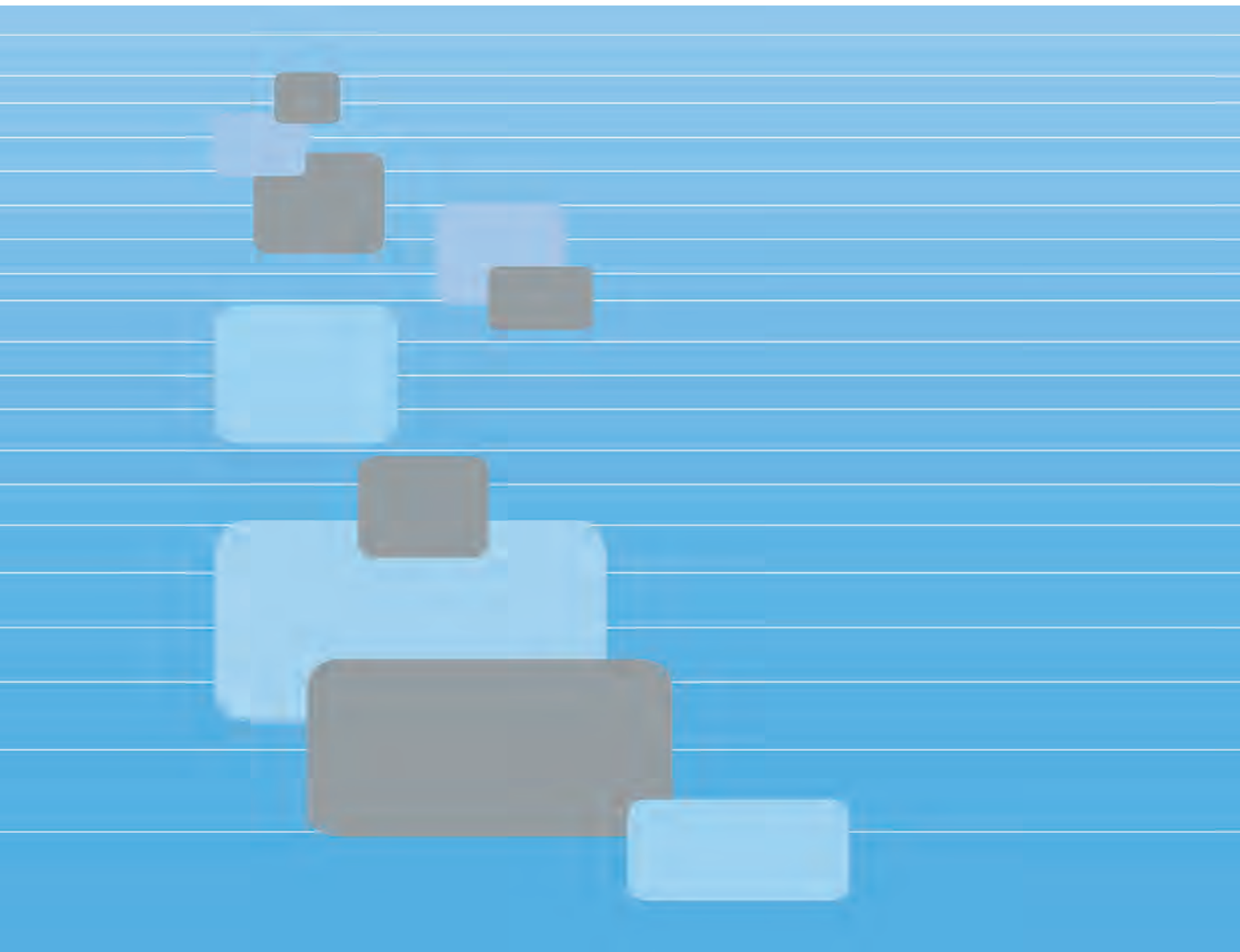


Avaliación da atención ao drogodependente en
Galicia dende o punto de vista dos propios usuarios.
Claves para a mellora continua



**AVALIACIÓN DA ATENCIÓN
AO DROGODEPENDENTE
EN GALICIA DENDE
O PUNTO DE VISTA
DOS PROPIOS USUARIOS.
CLAVES PARA A MELLORA
CONTINUA**

Título:

Avaliación da atención ao drogodependente en Galicia dende o punto de vista dos propios usuarios. Claves para a mellora continua.

Edita:

Consellería de Sanidade- Servizo Galego de Saúde
Subdirección Xeral de Saúde Mental e Drogodependencias
Santiago de Compostela, 2008

Autores:

Jesús Varela Mallou
Antonio Rial Boubeta
Teresa Braña Tobío
Leticia Lamas Veiga

Colaboradores:

Indalecio Carrera Machado
Jesús Osorio López
Jaime Fraga Ares

Maquetación e Impresión:

Difux, S.L.

Tirada:

750 exemplares

Depósito Legal :

C-1410-2009

ISBN:

978-84-453-4798-0

Prólogo	5
Marco teórico	9
1. O problema das drogodependencias en España	11
1.1. Algúns conceptos de interese	13
1.2. Evolución do consumo de drogas en España	14
1.3. A resposta asistencial en España: o Plan Nacional sobre Drogas	19
2. O Plan de Galicia sobre Drogas: 20 anos de asistencia ao drogodependente	25
2.1. Antecedentes: a atención ao drogodependente cara á metade dos anos 80	27
2.2. Do Plan autonómico sobre drogodependencias (PAD) á Lei de Galicia sobre drogas (1986-1996)	27
2.3. O Plan de Galicia sobre Drogas	29
2.3.1. Dispositivos asistenciais e circuío terapéutico	30
2.3.2. Oferta terapéutica	33
2.4. O Plan de colaboración USC-PGD	34
3. A nova era da marketing: a marketing de servizos	35
3.1. Marketing de servizos	37
3.2. A calidade, base do marketing de servizos	39
3.3. Formación de xuízos de calidade por parte dos usuarios	40
3.4. Marketing e calidade nos servizos públicos	40
3.5. Marketing e calidade nos servizos sanitarios públicos	41
4. A aposta pola calidade na atención ao drogodependente	43
4.1. Evolución do concepto de calidade: da calidade á excelencia	45
4.2. O estudo da calidade percibida nos servizos	49
4.2.1. Calidade percibida como discrepancia entre expectativas e percepcións	49
4.2.2. Calidade percibida a partir das percepcións	52
4.2.2.1. Críticas ao modelo SERVQUAL	52
4.2.2.2. Dimensionalidade da calidade percibida	53
4.3. Avaliación da calidade percibida	54
4.4. Relación entre calidade percibida e satisfacción	54
4.5. Cara a unha proposta de dimensionalización e avaliación da calidade percibida nos servizos de atención ao drogodependente	55
Estudo empírico	57
5. Obxectivos	59
5.1. Obxectivo xeral	61
5.2. Obxectivos específicos	61

6. Metodoloxía	63
6.1. Deseño	65
6.2. Descrición da mostra.....	66
6.3. Procedemento	68
6.4. Ferramenta de recollida de información	69
7. Resultados	71
7.1. Validación da escala de calidade percibida do servizo	73
7.1.1. Descritivos.....	73
7.1.2. Validez de constructo	74
7.1.3. Fiabilidade	79
7.2. Análise da relación entre calidade percibida e satisfacción	79
7.3. Diagnóstico inicial do servizo ofrecido nas UAD dende a perspectiva do usuario	82
7.3.1. A calidade percibida do servizo	82
7.3.2. O acceso ao servizo	97
8. Discusión e conclusións	95
Referencias bibliográficas	99

PRÓLOGO

A principios dos anos 80 o consumo de drogas convertíase en Galicia, ao igual que no resto do estado español, nun dos principais problemas a nivel sociosanitario. A incidencia do consumo e o seu impacto social acadaban cifras alarmantes, o que convertía a situación nunha auténtica epidemia. A necesidade de ordenar e vertebrar a loita contra as drogodependencias pasaba necesariamente pola decidida intervención das institucións e a coordinación de diferentes niveis administrativos. Como consecuencia créase en 1985 o Plan Nacional sobre Drogas e, un ano despois, o Plan Autonómico sobre Drogodependencias que, en 1996 pasa a denominarse Plan de Galicia sobre Drogas (PGD). Tras máis de 20 anos de intenso e continuado traballo, os responsables do PGD deciden asumir un novo compromiso e iniciar o proceso de implantación do Modelo Europeo de Excelencia EFQM para a súa xestión. É así como se bota a andar un proxecto no que interveñen máis de 300 profesionais, coa axuda e asesoramento de expertos da Universidade de Santiago de Compostela. En 2007 finalmente o Plan de Galicia sobre Drogas recibe a distinción da Unión Europea e consegue acreditarse co selo de calidade EFQM. O feito de ter acadado tal distinción, lonxe de xerar unha actitude autocomplacente, tense convertido nunha responsabilidade e nun compromiso se cadra aínda maior para todos.

O modelo EFQM recalca de maneira explícita que non é posible falar de CALIDADE se non se incorporan e avalían debidamente as percepcións do usuario. O ciclo da calidade non se completa ata que se concreta tamén en calidade aos ollos deste, no momento en que se consegue dar resposta axeitada ás súas necesidades e expectativas. En consecuencia, aquelas organizacións comprometidas coa calidade e que aposten pola mellora continua deben dispor de información obxectiva acerca dos usuarios. Achegarnos ás percepcións e opinións destes, coñecer o seu punto de vista e as súas valoracións, convértese porén nunha estratexia decisiva para mellorar día a día e estar á altura do que se espera de nós.

María José Rubio Vidal
Conselleira de Sanidade

Ao longo dos últimos 100 anos, o marketing converteuse no soporte e lanzadeira daquelas estratexias organizacionais encamiñadas a consolidarse nun contorno cada vez máis competitivo. Paralelamente, a preocupación pola calidade mostrouse como o pilar sobre o que se sustenta a dita función de marketing. O concepto de calidade sufriu unha grande evolución no último medio século, ata os actuais paradigmas de calidade total, no que se encadra o modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*).

Neste contexto, as características específicas dos servizos obrigaron a desenvolver unha nova forma de marketing, superando as regras clásicas asociadas ao marketing de produtos, onde o eixe central o constitúe a relación co cliente/usuario. Isto levou a que a avaliación da calidade non se poida desemparellar da calidade percibida polos usuarios, cuxo coñecemento permitirá desenvolver liñas de actuación encamiñadas á mellora continua do servizo ofrecido, optimizando os recursos dispoñibles cara ás áreas de mellora identificadas e logrando así a vantaxe competitiva desexada, enfocada dende a satisfacción das necesidades e expectativas dos usuarios a todos os niveis.

Estas ideas poden extrapolarse ao caso dos servizos públicos e, incluso, dos servizos sanitarios públicos (nos que se encontra a atención ao drogodependente). A aplicación dos conceptos de marketing de servizos e xestión da calidade ao ámbito dos servizos sanitarios deu lugar ao que se denominou marketing sanitario, o que sentou as bases para desenvolver plans estratéxicos baseados na calidade e centrados na relación co usuario e coa súa avaliación da calidade do servizo prestado.

Ao longo deste traballo desenvolverase cada un destes conceptos no camiño que transcorre dende a concepción illada do marketing e da calidade ata a súa conxunción nun marketing dos servizos sanitarios públicos baseada na calidade percibida dos usuarios. Partindo da idea de que a calidade se presenta como un dos principais activos co que contan as organizacións para lograr melloras competitivas e alcanzar a satisfacción dos seus clientes, revisaremos as diferentes perspectivas e modelos que se desenvolveron sobre este constructo, ata presentar unha proposta de avaliación da calidade percibida dos servizos de atención ao drogodependente. Este obxectivo implicará, necesariamente, a identificación dos compoñentes definitorios do servizo e a construción dun instrumento de medida válido e fiable, que permita posteriormente informar sobre a percepción dos usuarios sobre o servizo prestado nos centros de atención aos drogodependentes e a súa satisfacción con este.

Con esta proposta pretendemos informar sobre un tema de enorme relevancia como é a percepción dos usuarios sobre un servizo público que consome moitos recursos e precisa grandes esforzos por parte das administracións públicas. A avaliación periódica do servizo mediante un instrumento de medida sinxelo, parsimonioso e de rápida aplicación contribuirá notablemente á identificación de áreas de mellora, á xestión eficiente dos recursos sanitarios e, en último termo, á satisfacción dos usuarios co servizo recibido.

MARCO TEÓRICO

1. O PROBLEMA DAS DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA

1. O problema das drogodependencias en España

As drogodependencias constitúen actualmente, e dende hai unhas décadas, un dos principais problemas aos que se enfrenta a sociedade moderna. Este problema afecta, en maior ou menor medida, a todos os países, tanto os máis avanzados como aqueles que están en vías de desenvolvemento, e a todos os grupos e niveis sociais. Ten múltiples manifestacións nos planos individual, familiar e social e gran variedade de consecuencias no eido económico, político, xurídico, sanitario, psicolóxico e social. Todo isto explica a extensión do seu impacto, a súa constante presenza nos medios de comunicación e a súa localización entre os primeiros temas que máis preocupan a nosa cidadanía.

Como constataron numerosos autores (Freixa, 1981; Escotado, 1998), a historia das drogas é tan antiga como a historia do home. Non obstante, o fenómeno das drogas tal e como se concibe actualmente, caracterizado polo consumismo que afecta a grandes colectivos sociais, é relativamente recente. Ata hai século e medio, porén, as drogas eran usadas con fins máxicos, relixiosos e médicos. Na actualidade, a aparición de novas substancias, a modificación dos patróns de consumo, así como das expectativas coas que se usan, permiten conceptualizar as drogodependencias como un fenómeno de recente aparición e que evoluciona con gran rapidez. Dun modo máis concreto podemos referenciar a aparición da maioría das substancias de abuso actuais, a cocaína illase en 1860, a heroína sintetízase en 1898 e o MDMA (éxtase) en 1912 (Martín, 2000). Durante anos, o consumo destas substancias limitábase a certos grupos minoritarios ou circunscríbese a grandes conflitos bélicos (as anfetaminas na II Guerra Mundial ou a heroína na guerra de Vietnam), pero na década dos sesenta prodúcese unha expansión do consumo ligada a correntes culturais relacionadas coa música rock, a cultura hippie, a filosofía oriental e as drogas psicodélicas. É nestes momentos cando as drogodependencias comezan a erixirse como un problema de grande alcance, con graves consecuencias sociais, sanitarias e económicas.

1.1. Algúns conceptos de interese

A Organización Mundial da Saúde define unha **droga** como unha substancia (química ou natural) que, introducida nun organismo vivo por calquera vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), é capaz de actuar sobre o sistema nervioso central, provocando unha alteración física e/ou psicolóxica, a experimentación de novas sensacións ou a modificación dun estado psíquico, é dicir, capaz de cambiar o comportamento da persoa.

Cando o consumo da substancia se fai cada vez máis regular, co fin de experimentar os seus efectos psíquicos e ás veces para evitar o malestar producido pola súa privación, estamos falando de **drogodependencia**. Este fenómeno presenta tres características fundamentais:

- Un desexo incontible de consumir a droga e de obtela por calquera medio.
- Unha tendencia a aumentar a dose pola tolerancia do organismo cara a esta. Necesítanse doses máis altas para obter a mesma sensación.
- A aparición dunha síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita no consumo.

Debemos distinguir, ademais, entre dous tipos de dependencia claramente diferenciados. A **dependencia física** é aquela situación na que o organismo, habituado á presenza dunha substancia, necesita manter un determinado nivel da substancia en sangue para funcionar con normalidade e non sentir malestar. Nese caso, o consumo prodúcese para evitar o malestar físico que provoca a abstinencia. Polo contrario, a **dependencia**

psicolóxica refírese a unha situación na que se produce un impulso compulsivo que leva a consumir periodicamente unha determinada substancia para experimentar un estado emocional positivo (pracer, euforia, sociabilidade...) ou para evitar un estado emocional negativo (aburrimiento, timidez, insatisfacción...). Unha non exclúe a outra e poden presentarse os dous tipos de dependencia no mesmo caso (Escohotado, 1998).

Así mesmo, existen distintas clasificacións das drogas. De acordo con diferentes criterios, podemos diferenciar entre:

- a) Segundo o tipo de reacción de cada substancia sobre o sistema nervioso central, podemos falar de drogas depresoras (opiáceos, barbitúricos, tranquilizantes, alcohol, disolventes volátiles...) e drogas estimulantes (cocaína, cafeína, anfetaminas, tabaco...).
- b) Segundo o grao de perigosidade, as drogas máis perigosas son aquelas que crean dependencia física, as que crean dependencia con maior rapidez e/ou as que posúen maior toxicidade. As drogas menos perigosas caracterízanse por crear só dependencia psicolóxica, crear dependencia máis lentamente e posuír baixa toxicidade.
- c) Segundo a situación sociolóxica da substancia, podemos diferenciar entre substancias legais (alcohol, tabaco, cafeína), substancias legais con posible uso ilegal (barbitúricos, tranquilizantes, anfetaminas e outros excitantes...) e substancias ilegais (opiáceos, cocaína, cannabis, alucinógenos...).
- d) Segundo o tipo de dependencia que xera, distínguese entre drogas duras, aquelas que producen dependencia física e psicolóxica á vez (opiáceos, barbitúricos, alcohol), e drogas brandas, que producen unicamente dependencia psicolóxica (alucinógenos, derivados do cannabis, tabaco, tranquilizantes).

1.2. Evolución do consumo de drogas en España

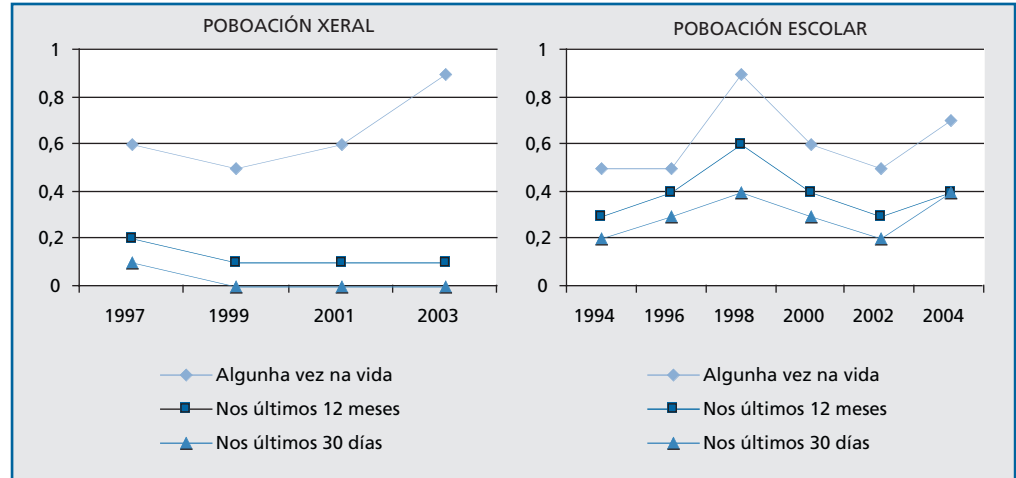
A instauración das distintas políticas de asistencia, prevención e atención ao drogodependente require dun coñecemento o máis exhaustivo posible das tendencias de consumo, as substancias con maiores índices de prevalencia, os patróns de consumo, as motivacións subxacentes, demandas de tratamento, adherencia a estes... Ante esta necesidade, o Plan Nacional sobre Drogas decidiu crear en 1997 o **Observatorio Español sobre Drogas** co obxectivo de integrar a información parcialmente dispersa e desenvolver os instrumentos de información e análise sobre as drogas e as drogodependencias. Trátase, pois, de dispoñer dun instrumento eficaz na toma de decisións do Plan Nacional sobre Drogas, para unha adecuada planificación e posta en marcha de actuacións na materia.

Basearémonos nos datos máis recentes do Observatorio Español sobre Drogas (DGPNSD. Observatorio Español de Drogas. Informe 2004) para facer unha pequena exposición das tendencias de consumo actuais das drogas máis estendidas no noso país, primeiro a través dunha referencia xeral organizada por substancias e, posteriormente, a través dos datos máis relevantes ao respecto.

- **Heroína:** é a substancia emblemática que definiu o comezo do problema das drogodependencias tal e como se concibe actualmente no noso país, e a que xerou as primeiras demandas de asistencia a principios da década dos oitenta, materializadas na creación do Plan Nacional sobre Drogas en 1985. A situación actual caracterízase por unha diminución xeral lenta de todos os tipos de consumos (experimentais, ocasionais e habituais), que permanecen estables a partir de mediados da década dos noventa, así como unha importante diminución na vía de administración parenteral, pasando do 50,3% dos casos en 1991 ao 23,8% en 1997.

Nas seguintes gráficas recóllense os datos sobre a evolución do consumo de heroína dende 1997 a 2003 para a poboación xeral, e dende 1994 a 2004 para a poboación escolar (14-18 anos). As liñas representan a porcentaxe de consumo para os distintos indicadores.

Figura 1.
Prevalencia do consumo de heroína

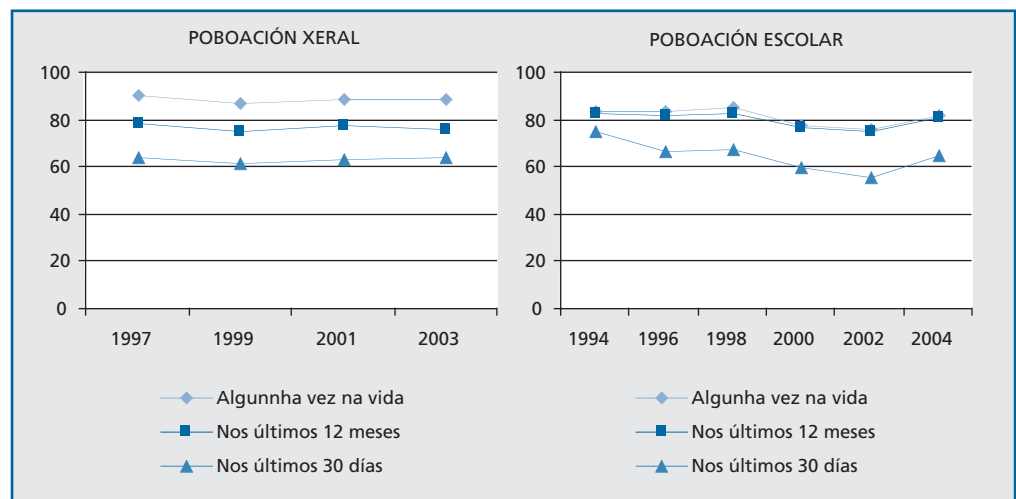


Fonte: Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

- **Alcohol:** trátase da substancia máis consumida en España –o 76,7% da poboación entre 15 e 64 anos consumiu no nos últimos doce meses (Enquisa domiciliaria sobre alcohol e drogas en España, 2005/2006)–, e as tendencias xerais indican grandes cambios con respecto á incidencia, destacando os consumos abusivos en poboacións moi novas (diminución da idade de inicio), localizada en fins de semana e, en ocasións, con graves episodios de intoxicación. O Informe 2004 do Observatorio Nacional de Drogas ofrece os seguintes datos ao respecto: a idade media de inicio do consumo de alcohol sitúase en 16,7 anos e o 88,9% dos mozos entre 15 e 34 anos consumiu algunha vez na vida. Ademais, a Enquisa domiciliaria sobre alcohol e drogas en España 2005/2006 sitúa a porcentaxe de casos de borracheiras nos últimos dozes meses, neste mesmo grupo de idade, no 40,3% para os homes e no 20,9% para as mulleres.

A continuación, preséntanse os datos referentes á evolución do consumo de alcohol para a poboación xeral, por un lado, e para a poboación escolar (14-18 anos), por outro.

Figura 2.
Prevalencia do consumo de alcohol

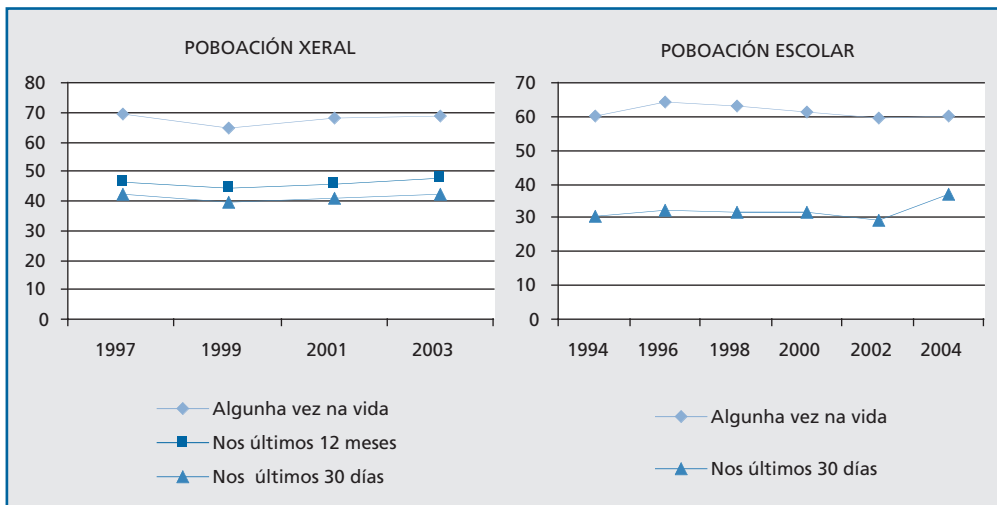


Fonte: Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

- **Tabaco:** é, xunto co alcohol, a substancia tóxica máis consumida polos españois. Segundo as últimas enquisas á poboación xeral, o seu consumo permanece estabilizado. O 68,9% dos españois (15-64 anos) consumiuo algunha vez na súa vida, mentres que o 36,7% o consome diariamente.

Porén, os datos máis preocupantes apuntan de novo á poboación xuvenil. As actuais xeracións de mozos (14-18 anos) inicianse antes no hábito de fumar, cunha idade media de inicio de 13,2 anos. Ademais, cómpre resaltar a maior porcentaxe de mulleres novas que consomen diariamente tabaco (41,9%), fronte á dos homes do mesmo grupo de idade (32,9%) (Enquisa estatal sobre abuso de drogas en ensinanzas secundarias –ESTUDES–. Observatorio Nacional de Drogas. Informe 2004). Recóllense nas seguintes gráficas a evolución do consumo de tabaco nos últimos anos, tanto para a poboación xeral como para a poboación escolar (14-18 anos).

Figura 3.
Prevalencia do consumo de tabaco



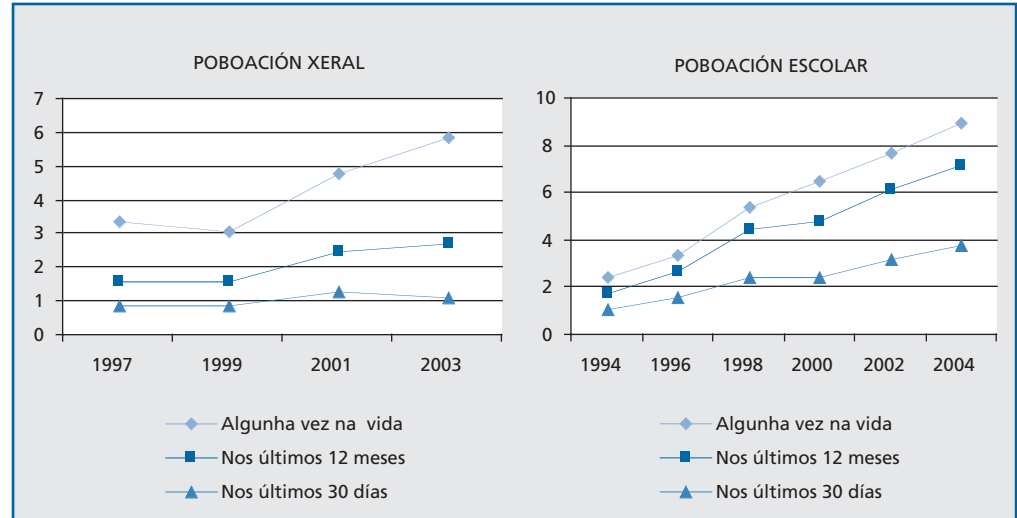
Fonte: Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

- **Cocaína:** o consumo de cocaína na poboación xeral mantense practicamente estable ata o ano 1999, no que ten un índice de prevalencia no último ano de 1,6%. Non obstante, nos últimos anos parece que o consumo de cocaína experimentou un lixeiro ascenso ata os últimos datos (Enquisa domiciliaria sobre alcohol e drogas en España, 2005/2006), nos que se alcanza un índice de prevalencia do 3% no último ano.

En canto á poboación escolar (14-18 anos), o consumo de cocaína experimentou tamén un aumento importante, pasando dun índice de prevalencia do 1,8% nos últimos doce meses no ano 1994 a un 7,2% no ano 2004 (Enquisa estatal sobre abuso de drogas en ensinanzas secundarias –ESTUDES–. Observatorio Nacional de Drogas. Informe 2004).

A evolución do consumo de cocaína nos últimos anos preséntase nas gráficas seguintes, de forma separada para o total da poboación e para a poboación escolar (14-18 anos).

Figura 4.
Prevalencia do consumo de cocaína

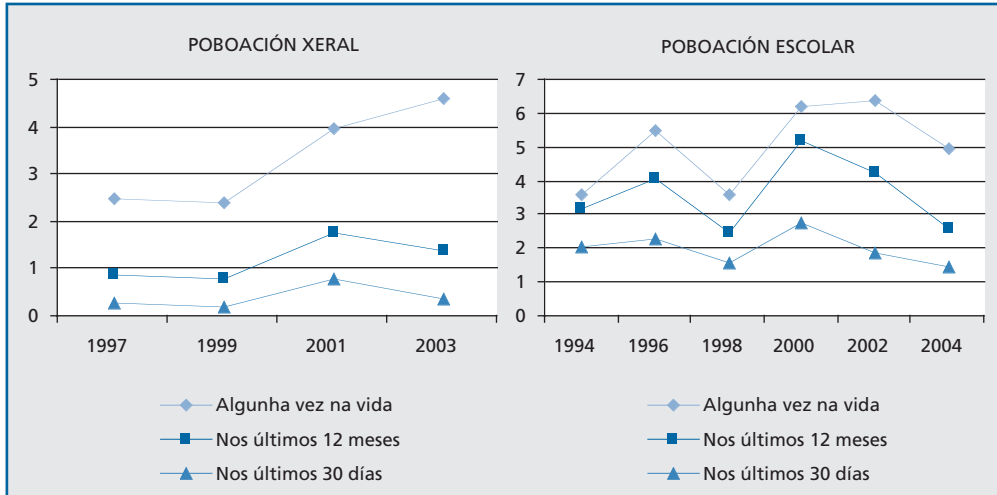


Fonte: Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

- Drogas de síntese:** na poboación xeral, a evolución do conxunto de indicadores reflicte unha tendencia descendente do consumo de éxtase dende 1995, cunha porcentaxe de consumo nos últimos doce meses do 1,3%, ata o ano 1999, no que esta porcentaxe se reduce a 0,8%. Non obstante, no 2001 o consumo desta substancia volveu sufrir un aumento notable, alcanzando un índice de prevalencia de consumo nos últimos meses do 1,8%, aínda que descendeu lixeiramente nos últimos anos, ata chegar a un índice do 1,2% en 2005/2006.

Na poboación escolar, o consumo de éxtase non presenta unha tendencia estable, o que se manifesta nun índice de prevalencia nos últimos doce meses moi variable, cun aumento importante do consumo ata 1996 (4,1%), un descenso notable en 1998 (2,5%) e un aumento espectacular en 2000, onde se alcanzou unha porcentaxe de 5,2 para o mesmo indicador. Nos anos posteriores, o consumo desta substancia parece que descendeu na poboación xuvenil, ata alcanzar en 2004 un índice de prevalencia de 2,6% para o último ano (Enquisa estatal sobre abuso de drogas en ensinanzas secundarias –ESTUDES–. Observatorio Nacional de Drogas. Informe 2004).

Detállanse nas gráficas seguintes os índices de prevalencia de consumo de éxtase nos últimos anos para a poboación xeral (15-64 anos) e para a poboación escolar (14-18 anos).

**Figura 5.
 Prevalencia do consumo de éxtase**


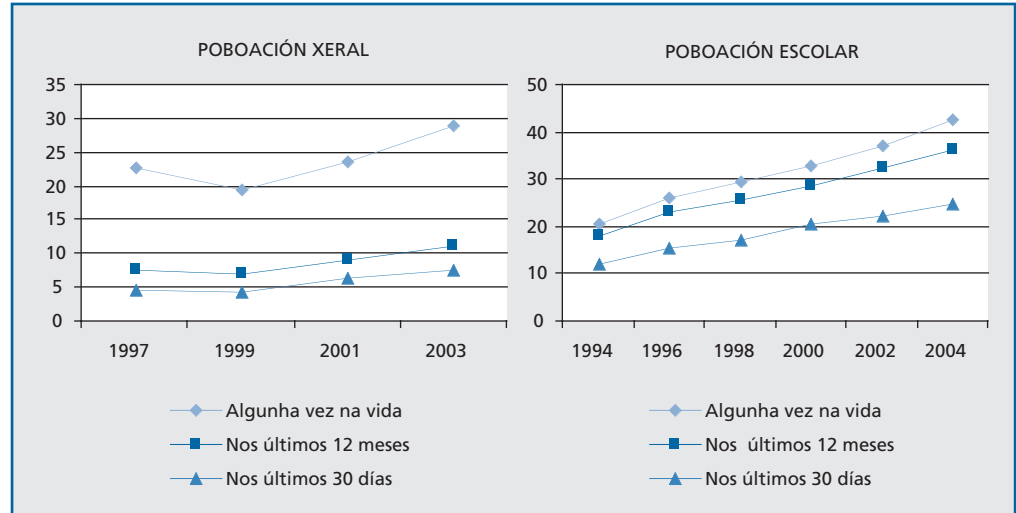
Fonte: Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED).

- Cannabis:** é a substancia ilegal máis consumida en España, de forma que un 28,6% da poboación xeral manifesta que o probou algunha vez na súa vida, e un 11,2% consumíuno nos últimos doce meses. Chama a atención que o 2% da poboación consume cannabis a diario, unha porcentaxe que foi crecendo de maneira progresiva dende 1997, onde a porcentaxe de consumo diario de cannabis se situaba no 0,7% (Enquisa domiciliar sobre alcohol e drogas en España –EDADES–, 2005/2006). Polo xeral, obsérvase un progresivo aumento en todos os indicadores do consumo de cannabis, tanto nos que fan referencia ao consumo nalgún momento da vida, como no consumo no último ano, nos últimos trinta días ou diariamente.

Polo que respecta á poboación escolar, a situación é moi similar á da poboación xeral. O consumo foi aumentando progresivamente ata alcanzar os datos actuais, con porcentaxes de consumo do 42,7% algunha vez na vida, de 36,6% nos últimos doce meses e de 25,1% nos últimos trinta días (Enquisa estatal sobre abuso de drogas en ensinanzas secundarias –ESTUDES–. Observatorio Nacional de Drogas. Informe 2004).

Nas gráficas que se presentan a continuación recóllese a evolución experimentada polo consumo de cannabis, para a poboación xeral (15-64 anos) e para a poboación escolar (14-18 anos).

Figura 6.
Prevalencia do consumo de cannabis



Fonte: Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), Observatorio Español sobre Drogas (OED).

1.3. A resposta asistencial en España: o Plan Nacional sobre Drogas

A resposta asistencial ao problema das drogodependencias en España, tanto a procedente de organismos públicos como dende asociacións ou organizacións non gobernamentais, foi paralela ás demandas de atención xeradas en cada momento polo tipo de droga consumida, así como polos problemas sociais derivados do consumo concreto de cada substancia.

Co obxectivo de ordenar toda esta información procedente dos aproximadamente trinta anos que dura o fenómeno das drogodependencias en España (considerando que a orixe da situación actual se sitúa a mediados da década dos setenta, coa expansión de drogas ilegais, fundamentalmente a heroína), recorreremos a unha clasificación por etapas (Martín, 2000) que, malia ser arbitraria, permite facer unha análise dos aspectos máis importantes que foron caracterizando as distintas fases polas que pasou o fenómeno das drogas no noso país. Martín (2000, 2007) identifica catro etapas ou fases fundamentais:

- 1. Configuración do problema (1975-1985).** Engloba o período comprendido entre a expansión masiva de drogas ilegais no noso país e a aprobación do Plan Nacional sobre Drogas. Trátase dunha etapa caracterizada pola expansión da heroína e a importante demanda asistencial que xerou o seu consumo na primeira metade dos oitenta. Este fenómeno sorprendeu a sociedade española, situada nun contexto sociocultural moi delicado, como era a transición democrática. De feito, nas motivacións de moitos consumidores de opiáceos subxacían actitudes de carácter contracultural e ideolóxico relacionadas cun fenómeno da época denominado pasotismo.

A oferta asistencial aos afectados que demandaban axuda era moi escasa. Os primeiros recursos procedían da iniciativa social, ligada xeralmente a asociacións de familiares. Posteriormente xurdiron os primeiros programas locais, promovidos por grandes concellos e as propias comunidades autónomas. A maioría destes programas foron inicialmente as granxas, concibidas como comunidades terapéuticas autosuficientes e situadas no medio rural, co obxectivo de illar o drogodependente

da súa realidade cotiá. Nalgunhas grandes cidades comezan tamén a xurdir os centros ambulatorios.

A resposta institucional neste período foi mínima. Ao inicio, os únicos servizos existentes eran os dispensarios antialcohólicos, que tiveron certo valor como referentes dos posteriores centros de tratamento ambulatorio sobre drogas. O feito máis relevante, neste sentido, foi a aprobación do Decreto 3032/1978, do 15 de decembro, sobre a creación dunha comisión interministerial para o estudo dos problemas derivados do consumo de drogas.

2. Articulación da resposta institucional (1985-1990). Con toda seguridade, o acontecemento máis trascendente en materia de drogas no noso país constitúeo a aprobación do Plan Nacional sobre Drogas o 24 de xullo de 1985. Isto significou a existencia dun plan global de intervención fronte ás drogas articulado dende un consenso institucional, social e político, onde conflúen todas as administracións públicas do Estado. Este feito tivo claras consecuencias prácticas: o establecemento de dotacións orzamentarias especificamente dedicadas á atención dos problemas das drogas; a creación da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas como órgano dotado das competencias necesarias para desenvolver os acordos do grupo interministerial, e a posta en marcha de estruturas efectivas de coordinación e planificación autonómica, os denominados plans autonómicos sobre drogas.

A creación dos plans sobre drogas leva consigo a creación dun modelo de resposta institucional baseada na coordinación de políticas globais que articulan redes de atención amplas, diversificadas e profesionalizadas. Quizais o feito máis destacado sexa a eclosión de centros asistenciais, maioritariamente ambulatorios (en 1990 existían xa 403) e comunidades terapéuticas (había 120 nese mesmo ano) (Memoria PNsD, 1990). Non obstante, os programas de reinserción social e de prevención primaria son bastante máis limitados. Con respecto a estes últimos, os programas existentes, polo xeral, presentaban importantes déficits conceptuais e metodolóxicos.

3. A década dos grandes cambios (1990-1999). Durante estes dez anos o fenómeno das drogas sofre as súas maiores transformacións, non só no referente ao consumo senón tamén nas políticas adoptadas pola Administración pública. Os noventa configuran, sen dúbida, un escenario máis diverso e máis complexo ca o existente na década anterior.

En primeiro lugar, o cambio máis relevante represéntao a estabilización e posterior descenso do consumo de heroína. Ata agora fora a droga emblemática cara á que se dirixiran a maioría das respostas institucionais. Isto era así porque todos os indicadores que se manexaban (mortalidade, admisións a tratamento, casos de SIDA en usuarios de droga vía parenteral...) seguiran unha liña ascendente durante a etapa anterior, ao que hai que sumar as graves consecuencias sanitarias e a extraordinaria alarma social que levaron consigo estes consumos. Comezada a década dos noventa, empezan a observarse as primeiras modificacións: a evolución de mortes por reacción aguda ao consumo de opiáceos alcanza o seu máximo nivel en 1991 cun total de 813 casos, a partir de aquí iníciase unha tendencia descendente que aínda se mantén; as admisións a tratamento por esas substancias estabilízanse a partir de 1992 e comezan o seu descenso a partir de 1996; os casos de SIDA en usuarios de droga por vía parenteral (UDVP), que estiveran medrando moi rapidamente dende 1982 ata 1994 en que se alcanza a cifra de 4.526, comezan tamén a decrecer de forma significativa.

En segundo lugar, os cambios máis profundos nesta década están relacionados coa aparición de novas drogas e novos patróns de consumo. Entre as primeiras, adquiriron gran relevancia as chamadas drogas de sínteses, que tiveron unha grande expansión nun curto espazo de tempo. Pero o máis peculiar destas substancias, xunto con outras máis coñecidas como a cocaína ou o alcohol, é a forma en que son consumidas por determinados sectores xuvenís. Trátase de consumos de fin de se-

mana, fóra do ámbito familiar, en espazos ou locais públicos e case coa única motivación de divertirse. No caso concreto do alcohol, existe con frecuencia unha busca intencionada da embriaguez, con cambios nos horarios de saída da mocidade e consumos na vía pública, características que contribúen a amplificar o fenómeno. Un aspecto que cómpre resaltar é que estes consumos non encerran xeralmente posicións contraculturais ou comportamentos marxinais como sucedía en etapas anteriores. Trátase máis ben de novas modas, novas formas de estar en sociedade, que afectan a grupos importantes de mozos perfectamente normalizados noutras esferas da vida (Calafat et al., 2000).

Outro fenómeno que hai que ter en conta é a aparición do policonsumo, é dicir, o consumo de varias substancias adictivas, fronte ao consumo centrado fundamentalmente nunha única substancia que caracterizou as etapas anteriores, e que permitía clasificar os tratamentos segundo a substancia de adicción. Na actualidade, os tratamentos han de adaptarse a esta nova realidade, centrándose na dependencia en si mesma, e non tanto na substancia en cuestión.

Todas estas modificacións xustifican os notables cambios producidos en canto ás respostas dende as administracións, tanto no enfoque asistencial como na prevención. Así, polo que respecta á perspectiva asistencial tivo lugar o gran desenvolvemento dos programas e recursos de redución de danos e riscos (metadona, levacetilmetadol –LAAM–, intercambio de xeringas, centros de urxencia, participación das oficinas de farmacia, unidades móbiles...). O impulso sufrido por estes programas nesta década é realmente vertixinoso, aínda que, entre eles, o crecemento máis evidente é o dos programas de tratamento con metadona. Ante os novos patróns de consumo, as vellas estratexias resultan claramente insuficientes. De aquí que, na segunda parte da década, comece a falarse con insistencia da prevención, da necesaria implicación da familia, da xeración de alternativas de ocio e da aplicación de novos métodos terapéuticos. De aquí xorde a necesidade de definir unha nova política nacional: a Estratexia Nacional sobre Drogas (2000-2008).

É importante resaltar que os esforzos despregados nestes anos crearon unhas bases sólidas capaces de posibilitar un proceso xeneralizado de prevención. Neste sentido, producíronse algúns feitos clave para permitir este desenvolvemento:

- a) A introdución en 1990 da Educación para a Saúde como materia transversal na educación primaria e secundaria.
 - b) A aprobación pola Comisión Interautonómica en 1996 dos criterios básicos de intervención nos programas de prevención de drogodependencias.
 - c) A publicación de importantes documentos teóricos e instrumentos para facilitar a implantación de programas de prevención.
4. A Estratexia Nacional sobre Drogas 2000-2008. O Plan Nacional sobre Drogas, logo da súa aprobación en 1985 e chegados a este punto, formúlase a necesidade de redefinir os seus obxectivos e accións para adecuarse á realidade actual do fenómeno das drogodependencias (Plan Nacional sobre Drogas, 2000). Na práctica, este documento representa un novo plan, entre cuxos obxectivos destacan:
- a) Un plan participativo e integrador: trátase dun plan aberto á participación do conxunto das administracións públicas, institucións e sectores da sociedade interesados polos problemas das drogas e que integra a totalidade das estratexias necesarias para enfrontarse a este problema: dende a prevención, rehabilitación e inserción dos afectados ata o control da oferta de drogas.
 - b) Un plan global: aborda o fenómeno das drogas dende unha perspectiva global, o que supón incorporar todas as substancias que poidan ser obxecto de uso e abuso, con especial atención ao alcohol e ao tabaco.
 - c) Xeneralización da prevención escolar: priorízase a prevención como a estratexia máis importante para enfrontarse ao problema das drogas e téñense

moi en conta os consumos recreativos de fin de semana. Proponse unha prevención baseada fundamentalmente na educación e na utilización saudable do ocio polos mozos. Para isto propúgnase unha xeneralización dos programas preventivos a toda a poboación escolar, priorizando os grupos de alto risco.

- d)** Insistencia tamén nos ámbitos de prevención familiar, comunitaria, laboral e de comunicación social.
- e)** Normalización da asistencia aos drogodependentes: un obxectivo fundamental do novo Plan Nacional sobre Drogas consiste en normalizar as redes asistenciais a drogodependentes integrándoas de forma coordinada nos sistemas públicos de saúde e servizos sociais. Os diferentes recursos que formen parte do denominado sistema de asistencia e integración social de drogodependentes, sexan públicos ou privados, teñen que estar debidamente autorizados e/ou acreditados e débense caracterizar pola súa profesionalización, interdisciplinariedade e fácil accesibilidade. Este sistema continuará incidindo nos programas de redución de danos e incorporará estratexias para abordar o tratamento dos problemas relacionados co alcohol, as novas drogas e os novos patróns de consumo.
- f)** Plena cobertura asistencial: o sistema nacional de saúde garante a plena asistencia ambulatoria aos drogodependentes no ámbito da súa comunidade ou cidade autónoma e dentro da área de saúde da súa residencia.
- g)** Integración laboral dos drogodependentes: propóñense medidas concretas que lles faciliten ás persoas con problemas polo uso de drogas, en proceso terapéutico ou non, a súa incorporación á sociedade en calidade de membros activos desta. Para estes efectos, os plans autonómicos sobre drogas e os municipios de máis de 20.000 habitantes terán programas de formación e emprego normalizados ou específicos para drogodependentes, en colaboración coas axencias públicas de emprego.
- h)** Investigación e formación: crearase o Instituto Nacional de Investigación e Formación sobre Drogas, dependente da Delegación do Goberno para o Plan Nacional sobre Drogas. Dende este instituto promoverase a posta en marcha e consolidación de equipos estables de investigación e definiranse áreas de actuación preferente nesta materia. Do mesmo modo, velarase pola idoneidade e adecuación dos contidos na formación tanto dos profesionais como do voluntariado. Contémplase unha formación organizada en tres niveis: de pregrao, de posgrao universitario e de actualización ou reciclaxe.
- i)** Observatorio Español sobre Drogas: desenvólvense as posibilidades do Observatorio Español sobre Drogas impulsando novos sistemas de información e avaliación. Así mesmo, constituiranse observatorios sobre drogas na totalidade das comunidades autónomas.
- j)** Control da oferta: o control da oferta ilícita de drogas potenciarase a través de tres eixes fundamentais: adecuación do marco normativo ás actividades de tráfico de drogas e branqueo de bens producido por este, coordinación e potenciación das unidades especializadas de investigación das forzas e corpos de seguridade do Estado e, por último, o incremento do control do tráfico a pequena escala en determinados lugares e épocas do ano que rexistren un especial aumento desta actividade.

Dentro desta Estratexia nacional definiuse o Plan de acción 2005-2008, que centra o seu esforzo na prevención, polo que se reforzan de maneira especial as accións de apoio ás familias, a implicación dos medios de comunicación social, o soporte á tarefa de formación nos centros educativos, a colaboración coas organizacións xuvenís e a participación da atención primaria de saúde. Ademais intensifícanse as medidas destinadas a mellorar a capacidade ou sistema para diagnosticar e tratar precoz-

mente este problema, diminuír o dano nas persoas consumidoras, e potenciar a integración social e laboral das antigas persoas consumidoras.

O plan incorpora un total de 68 accións, estruturadas arredor de seis grandes eixes de actuación:

- Coordinación
- Prevención e sensibilización
- Atención integral
- Mellora do coñecemento
- Redución da oferta
- Cooperación internacional

Ao tempo que no ámbito nacional se desenvolvían todas estas accións, estratexias e plans, en Galicia, como no resto das comunidades autónomas, poñíase en marcha os plans autonómicos, para materializar a loita contra as drogodependencias en todos os eidos: persoal, social, sanitario, xurídico e económico.

**2. O PLAN DE GALICIA SOBRE DROGAS:
20 ANOS DE ASISTENCIA
AO DROGODEPENDENTE**

2. O Plan de Galicia sobre drogas: 20 anos de asistencia ao drogodependente

2.1. Antecedentes: a atención ao drogodependente cara á metade da década dos oitenta

A atención ás drogodependencias ata a metade da década dos oitenta, como xa se puxo de manifesto en liñas anteriores, colleu desprevida tanto á Administración nos seus diferentes niveis –central, autonómico e local– como aos dispositivos asistenciais existentes, profesionais..., en definitiva, á sociedade no seu conxunto. Neste sentido, a situación que se vivía nese momento pode describirse a través dos seguintes aspectos (Plan de Galicia sobre Drogas 1997-2000. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta de Galicia.):

- En Galicia, o consumo de drogas comeza a converterse nun dos principais problemas sanitarios e sociais a partir dos últimos anos da década dos setenta.
- Coma no resto de España, en Galicia son aqueles profesionais que, con escasos apoios e recursos, se dedicaban á asistencia do alcoholismo os que atenden os primeiros casos de drogodependentes.
- A situación xeral, de déficit de recursos e falta de coordinación, favorece o asentamento de organizacións pouco transparentes, xunto con iniciativas cidadás, provocado máis pola angustia ante a inexistencia de respostas institucionais ca pola elaboración sistemática de plans preventivo-asistenciais. En consecuencia, prodúcese unha clara desconexión destas iniciativas cos servizos sociosanitarios, que se reflicte na escaseza de profesionais, en criterios de actuación heteroxéneos e nunha importante desorganización asistencial.
- A resposta pública ante o problema caracterízabase por eventuais apoios e subvencións a proxectos e centros con criterios de actuación moi dispares.

A necesidade de reorganizar e vertebrar a loita contra as drogodependencias pasaba, necesariamente, pola decidida intervención de institucións do Estado e a coordinación de todos os seus niveis administrativos. Desta forma, nace en 1985 o Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), entre cuxos obxectivos se encontra a creación de plans autonómicos de drogas (PAD), para favorecer a coordinación das accións destinadas a tratar o fenómeno das drogas.

2.2. Do Plan Autonómico sobre Drogodependencias (PAD) á Lei de Galicia sobre drogas (1986-1996)

A mediados de 1986, a daquela denominada Consellería de Sanidade e Seguridade Social da Xunta de Galicia crea o **Plan Autonómico sobre Drogodependencias (PAD)**, que en xaneiro de 1997 pasa a chamarse **Plan de Galicia sobre Drogas (PGD)**.

Dende o seu inicio, o PAD intenta situar o papel da Administración autonómica en tres direccións: organización, planificación xeral e coordinación das actuacións das diversas administracións, institucións e organismos implicados na loita contra as drogodependencias. A súa actividade centrouse en seis **áreas de actuación**:

1. Prevención do consumo de drogas.
2. Asistencia e tratamento das persoas afectadas por esta problemática.
3. Incorporación social dos drogodependentes que o necesiten.

4. Formación de profesionais.
5. Investigación no ámbito das drogodependencias.
6. Coordinación de actuacións das diferentes administracións e co movemento social.

Outro feito fundamental, neste sentido, foi a constitución en maio de 1990 da Comisión non Permanente para o Estudo das Repercusións Socioeconómicas e Sanitarias do Narcotráfico en Galicia polo Parlamento galego, co obxectivo de actualizar as distintas dimensións do fenómeno das drogodependencias en Galicia. Esta comisión elaborou un ditame final, aprobado polo Parlamento en xullo de 1992, que se estruturaba nas seguintes epígrafes:

- O consumo de drogas en Galicia: datos epidemiolóxicos e accións públicas realizadas a través do Plan autonómico sobre drogodependencias.
- O tráfico de drogas, tanto a grande como a pequena escala.
- O sentir da poboación: valorouse tanto o recollido en distintas enquisas, como as informacións obtidas pola propia comisión a través das comparecencias e estudos realizados por ela mesma.
- Lexislación sobre drogas.
- Aspectos xudiciais e carcerarios.

Neste mesmo ditame, a comisión recomenda poñer en marcha as seguintes medidas:

- No ámbito preventivo: incrementar as actuacións, sobre todo as dirixidas á poboación escolar, xuvenil e colectivos de alto risco; facilitar e divulgar unha adecuada información sobre o problema das drogas e un maior control sobre os medicamentos.
- No ámbito asistencial: aumentar os esforzos na coordinación e integración da atención sanitaria e social dos drogodependentes; incrementar e diversificar os recursos asistenciais, con accións específicas sobre patoloxías asociadas ao consumo de drogas (hepatite, SIDA...); fomentar a formación e a investigación en drogodependencias.
- No ámbito da incorporación: potenciar os programas de prevención e incorporación social de drogodependentes; incrementar o apoio da rede de servizos sociais e do INEM; incentivar as actuacións dos concellos, ONG e empresas para que colaboren nesta tarefa.
- No ámbito laboral: potenciar as investigacións que dimensionen adecuadamente o consumo de drogas e as súas repercusións no ámbito laboral; desenvolver programas de prevención e tratamento, especialmente en sectores laborais de alto risco; revisar a lexislación e o estudo da posibilidade de controis analíticos de consumo de drogas en determinados colectivos profesionais.
- Ademais, propúxose dotar o PAD dunha estrutura unificada e elaborar un proxecto de lei sobre prevención, asistencia e incorporación en materia de drogodependencias.

Seguindo esta última proposta, o Parlamento galego aproba en maio de 1996 a Lei 2/1996 de Galicia sobre drogas. A súa finalidade é dotar dun marco normativo amplo a necesaria revisión do Plan autonómico sobre drogodependencias. Seguindo as recomendacións de Nacións Unidas (ONU), da Organización Mundial da Saúde (OMS) e do Consello de Europa, o texto opta por abordar de forma global o fenómeno das drogodependencias, incluíndo tanto a consideración de todas as substancias que poidan xerar dependencia como a articulación dos diferentes medios, entidades e accións implicadas.

2.3. O Plan de Galicia sobre Drogas

Logo da aprobación en 1996 da Lei de Galicia sobre drogas, a Administración autonómica puxo en marcha distintos plans de acción que abranguen períodos temporais sucesivos: 1997-2000; 2001-2004; 2005-2008.

En todos eles, a concepción da **problemática das drogodependencias** caracterizouse polos seguintes aspectos:

- As substancias droga son, historicamente, parte inseparable do medio sociocultural. Os comportamentos e actitudes, tanto individuais como sociais, xunto con variables biolóxicas, son os elementos que poden propiciar a aparición do uso de drogas e a drogodependencia.
- Aínda que a dispoñibilidade das drogas é un factor necesario para a existencia de patoloxías relacionadas co seu abuso e dependencia, a relación que o individuo e o grupo establezan coas drogas vai determinar tanto a súa utilización como os estilos de consumo.
- A drogodependencia emerxe, pois, como un fenómeno complexo, de múltiples e variadas causas, e maniféstase como un problema psicosocial. Para a súa abordaxe terapéutica, haberá que partir da multicausalidade da súa xénese para, integrando enfoques diferentes e sen facer compartimentos estancos, propiciar intervencións tanto interdisciplinares como intersectoriais.

En consecuencia, o PGD asume un **modelo de intervención integral**, cuxas premisas e consecuencias poderían resumirse en:

1. Este modelo leva implícita unha concepción do suxeito como unha unidade biopsicosocial, polo que se ha de abordar, xunto coa problemática de uso de drogas, outros trastornos e variables que favorecen o mantemento da súa conduta adictiva.
2. Ao considerar múltiples factores implicados, as estratexias de intervención resultantes han de incluír a colaboración e coordinación con outros servizos, sobre todo cos sanitarios, sociais e comunitarios.
3. Promove a incorporación e normalización da atención nos servizos sociosanitarios xerais, evitando a división entre o sanitario, o social e, eventualmente, o carcerario, potenciando a continuidade terapéutica na confluencia de intervencións sectoriais.
4. Mantén a necesidade dunha organización, xestión e avaliación integral das accións que se desenvolven, con niveis de atención diferenciados pero coordinados, así como criterios xerais de planificación homoxéneos.

De cara a materializar a intervención seguindo este modelo integrador e manter criterios homoxéneos de planificación, o PGD propón os seguintes **principios básicos de planificación**:

- De integración sanitaria, zonificación e territorialidade: integración da atención aos drogodependentes nos plans e accións de saúde e de asistencia sanitaria xerais, dentro do marco da área de saúde definida no Mapa sanitario de Galicia, acercando a asistencia aos usuarios, ao seu marco comunitario e evitando que a atención aos drogodependentes sufra discriminacións con respecto a outros ámbitos de saúde.
- Integralidade: abordaxe integral da atención ao drogodependente, incluíndo tanto a prevención, como a asistencia e a incorporación social, a través da colaboración e coordinación dos recursos existentes na comunidade.
- Interdisciplinidade: a natureza biopsicosocial das drogodependencias e a heteroxeneidade das adicións require dun enfoque interdisciplinar na composición e o funcionamento dos equipos de intervención en drogodependencias.
- Continuidade terapéutica: os programas preventivos, terapéuticos e rehabilitadores que incidan sobre cada usuario ou familiar nas distintas fases das súas demandas ou

necesidades formarán un todo homoxéneo aínda que sexan aplicados por equipos diferentes. Mantemento dun *continuum* na atención ao paciente, aínda cando pase por diferentes dispositivos no seu proceso de recuperación.

- Diversificación da oferta terapéutica: a heteroxeneidade da patoloxía adictiva require dunha oferta terapéutica plural que permita axustar o proceso asistencial ás características de cada paciente e ás súas diferentes fases evolutivas.
- Comunitario/céntrico e participación comunitaria: o tratamento dos drogodependentes realízase, preferentemente, no medio habitual do suxeito, co que se facilitará a súa incorporación social.

Ademais, sinaláanse as seguintes **directrices xerais de actuación**:

- Descentralización das accións e centralización da planificación e da dirección operativa no desenvolvemento e funcionamento do plan.
- Distribución equitativa de recursos, segundo as necesidades da área correspondente, de acordo con criterios de homoxeneización e homologación destes. Os recursos existentes, tanto materiais como humanos, terán que ser optimizados, adecuando aqueles que sexan deficitarios ao novo proxecto.
- Especialización, co fin de asegurar unha atención preferente a determinadas áreas especiais (enfermidades infecciosas, trastornos mentais...) ou colectivos de alto risco (menores, minorías...) identificados polos estudos epidemiolóxicos ou cando a demanda social o aconselle.
- Docencia, formación e investigación, considerando o desenvolvemento destas tarefas como inseparables das tarefas asistenciais, preventivas e de incorporación social e promoción da saúde, que incorporan os programas de traballo da totalidade dos dispositivos do PGD.
- Avaliación das actuacións realizadas, proceso que estará presente en todas as fases de deseño e execución dos diferentes programas, coa finalidade de valorar a súa adecuación ás necesidades da comunidade.

Nesta liña, o PGD define da seguinte maneira os seus **obxectivos globais**:

- Establecer os criterios que permitan unha axeitada coordinación das entidades e institucións que actúan en Galicia ante a problemática das drogodependencias.
- Planificar, programar, coordinar e regular o conxunto de accións dirixidas á prevención do consumo de drogas e das drogodependencias, ao tratamento e á incorporación social dos afectados por estas e á formación, investigación e avaliación nese campo.
- Normalizar a percepción do fenómeno droga, mellorar a imaxe social do drogodependente e conseguir a implicación da sociedade galega de forma que esta conciba a tarefa como colectiva, participativa e integradora.

2.3.1. Dispositivos asistenciais e circuíto terapéutico

Estes principios, directrices e obxectivos plásmanse nos dispositivos e programas asistenciais que compoñen o circuíto terapéutico da rede do Plan de Galicia sobre Drogas. A tipoloxía de **dispositivos asistenciais** recolle os seguintes:

1. **Unidades asistenciais de drogodependencias (UAD):** son centros ou servizos de tratamento ambulatorio que desenvolven diferentes tipos de actividades terapéuticas en relación coas drogodependencias. Este dispositivo é o recurso central e vertebrador da planificación asistencial no territorio de actuación asignado.
2. **Unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH):** son dispositivos que, dentro dun servizo hospitalario (psiquiatría ou medicina interna), realizan tratamentos de

desintoxicación en réxime de internamento hospitalario. Os ingresos de pacientes deben ser sempre programados por petición das UAD, a onde deben ser derivados novamente.

3. **Unidades de día (UD):** son dispositivos que, en réxime de estancia de día, realizan tratamentos de deshabitación e rehabilitación mediante terapia farmacolóxica, psicolóxica e socioambiental a pacientes drogodependentes que deben ser derivados dende a UAD, co que se mantén o principio de continuidade terapéutica. Quedan fóra das súas funcións a atención a procesos de desintoxicación ou a súa utilización como residencia.
4. **Comunidades terapéuticas (CT):** trátase de dispositivos que, en réxime residencial, realizan tratamentos de deshabitación e rehabilitación. Con base no principio de continuidade terapéutica, o ingreso neste dispositivo lévase a cabo por decisión dos equipos das UAD en estreita relación e coordinación co equipo da comunidade terapéutica. Actualmente as comunidades terapéuticas só poden entenderse dentro de programas amplos de asistencia a drogodependentes, ofrecendo unha abordaxe intensiva e global, con actividades de tipo psicoterapéutico, ocupacional, socioeducativo e, eventualmente, farmacolóxico.
5. **Unidades móbiles (UM):** facilitan o labor de achegamento dos recursos aos usuarios de drogas a tratamento, a modo de extensión das propias UAD. Trátase de dispositivos asistenciais dirixidos a usuarios dos programas de mantemento con derivados opiáceos, principalmente os de baixa esixencia (STDD), e sempre que sexan pacientes xa a tratamento nas UAD de referencia, salvagardándose así o principio de continuidade terapéutica.
6. **Servizos tipo dispensario:** atendendo a un criterio de dispersión xeográfica, o PGD formulou unha descentralización de actividades asistenciais máis ampla a través dos servizos tipo dispensario. Este tipo de dispositivo asistencial posibilita a atención dos pacientes a tratamento nas UAD de referencia nunha localidade distinta, desenvolvendo a carteira de servizos nun centro sanitario asistencial de atención primaria ou especializada e supón o desprazamento do equipo da UAD de referencia ao centro sanitario colaborador, para alí desenvolver as referidas actividades asistenciais de carácter ambulatorio.
7. **Centros colaboradores para o PTDO:** nesta liña, elaborouse, conxuntamente coa Subdirección Xeral de Atención Primaria da División de Asistencia Sanitaria e Farmacia e Produtos Sanitarios do Sergas, un protocolo de colaboración para os programas de mantemento con derivados opiáceos entre o Comisionado do Plan de Galicia sobre Drogas, os centros de saúde e as oficinas de farmacia de Galicia, co obxectivo xeral de prestar cobertura asistencial nos mencionados dispositivos sanitarios ao colectivo de drogodependentes en programas de mantemento con derivados opiáceos. A actividade que principalmente se descentraliza é a de administración de metadona, promovendo o achegamento da toma de medicación ao domicilio dos pacientes.

Nos centros carcerarios, os seus equipos sanitarios constitúen, para efectos prácticos da asistencia á poboación reclusa drogodependente, verdadeiras UAD, onde se levan a cabo, fundamentalmente, programas de mantemento con metadona, debido ao perfil que presenta este tipo de poboación asistencial.

Todos estes dispositivos configuran o **circuíto asistencial de atención aos drogodependentes**, que se pode estruturar nos seguintes niveis de intervención, en función da súa especialización:

- **Primeiro nivel:** está constituído polos recursos que serven de acceso ao circuíto asistencial (centros de atención primaria, centros de servizos sociais, unidades de saúde mental, servizos tipo dispensario, unidades móbiles, ONG). Neste nivel de atención desenvólvense fundamentalmente actividades de información sobre os recursos dis-

poñibles, detección precoz de casos, motivación para iniciar tratamento e derivación aos recursos asistenciais de segundo nivel.

- **Segundo nivel:** neste nivel sitúanse as unidades asistenciais de drogodependencias (UAD) que integran a rede do PGD. As UAD actúan como eixe do proceso asistencial, e constitúen o dispositivo dende onde se articula o deseño e a coordinación dos programas de tratamento individualizados, encamiñados á incorporación do drogodependente no seu medio.

O acceso ás UAD pódese producir a través da derivación dos recursos de primeiro nivel ou directamente, mediante consulta demandada polo drogodependente, a súa familia ou outros achegados.

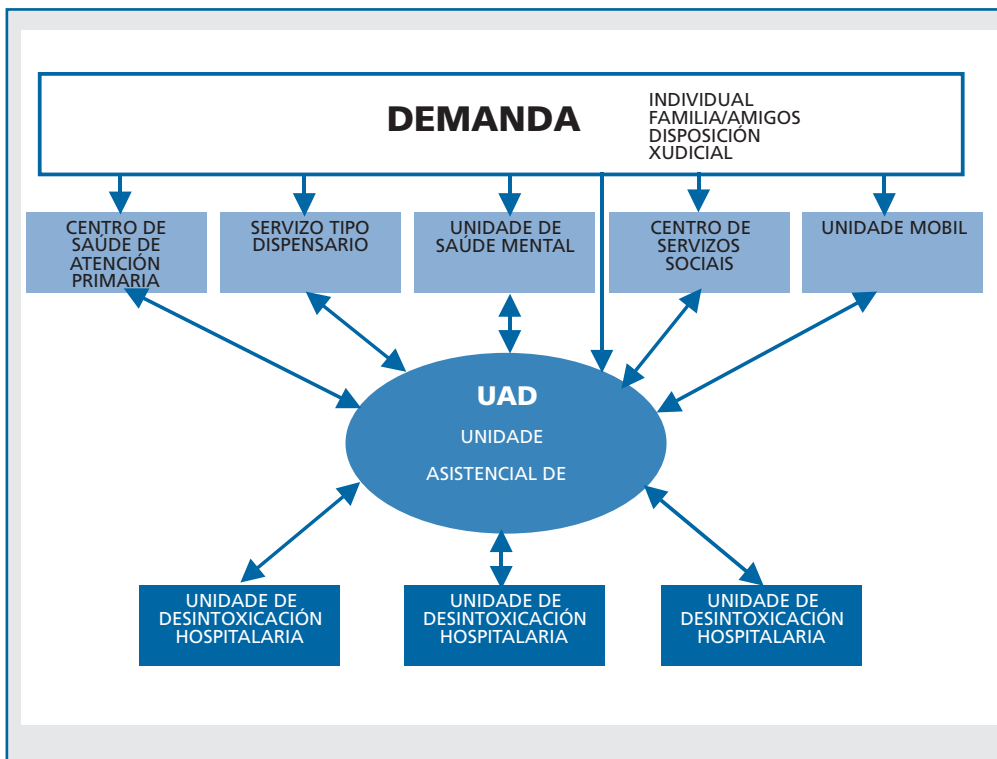
As UAD coordinarán, para os seus pacientes, as intervencións que se realizan nos diferentes dispositivos para a descentralización da atención ambulatoria: unidades móbiles, servizos tipo dispensario e centros colaboradores para o PTDO.

- **Terceiro nivel:** neste nivel sitúanse os recursos ou centros do PGD cun alto grao de especialización. A este tipo de recursos unicamente se poderá acceder mediante derivación programada dende as UAD.

Está integrado por dispositivos estruturados, como unidades de desintoxicación hospitalaria, unidades de día e comunidades terapéuticas. A eles derivaranse drogodependentes para alcanzar uns obxectivos concretos, dentro do seu programa de tratamento individualizado, e remitiranse á UAD de referencia unha vez alcanzados estes.

Na figura 7 recóllese un esquema do circuíto terapéutico.

Figura 7.
Circuíto asistencial do Plan de Galicia sobre Drogas



Fonte: Plan de Galicia sobre Drogas 2001-2004.

2.3.2. Oferta terapéutica

De acordo co principio de diversificación da oferta terapéutica, nas UAD desenvólvense os seguintes programas e subprogramas:

- 1. Programa de información, orientación e acollida:** pretende establecer estratexias facilitadoras de acceso ao tratamento e avaliar as demandas de atención relacionadas coa problemática das drogodependencias.
- 2. Programa de tratamento libre de drogas (PTLD):** é un programa de deshabitución orientado á abstinencia que adopta a súa denominación no sentido de non utilización dun fármaco específico para a abordaxe da conduta adictiva do paciente, facendo fincapé na aplicación de intervencións psicoterapéuticas, sociais e farmacolóxicas.
- 3. Programa de tratamento con antagonistas opiáceos (PTANO):** programa de deshabitución que se caracteriza principalmente pola utilización dunha substancia antagonista opiácea (naltrexona), ademais de intervencións psicoterapéuticas e sociais.
- 4. Programa de tratamento con derivados opiáceos (PTDO):** trátase dun programa de deshabitución que, entre outras medidas terapéuticas, basea o seu desenvolvemento na administración de fármacos agonistas opiáceos (metadona, lamam, buprenorfina...), co fin de facilitar o abandono ou redución do consumo de opiáceos e previr a deterioración asociada a este. A súa finalidade é facilitar a participación do consumidor de opiáceos nun programa global que fomente a súa incorporación social.
- 5. Programa de tratamento con interditores de alcohol (PTIA):** os medicamentos interditores de alcohol actúan inhibindo a aldehído-deshidrogenasa (ALDH), a cal produce unha intoxicación acetaldehídica cando se inxire alcohol e están baixo os seus efectos. Como consecuencia desta intoxicación, aparece unha severa sintomatoloxía orgánica na que se basea o seu efecto disuasorio ante unha nova inxestión de bebidas alcohólicas.
- 6. Programa de tratamento para dependencia a psicoestimulantes (PTDP):** o auxe, a partir de mediados da década dos noventa, do consumo asociado de substancias como alucinógenos, anfetaminas, drogas de síntese, cocaína e derivados cannábicos (modelo psicoestimulante), formula a necesidade de establecer un programa específico de tratamento para as persoas con abuso e/ou dependencia destas substancias.
- 7. Subprograma de tratamento de desintoxicación (STD):** conxunto de medidas farmacolóxicas e doutro tipo dirixidas ao tratamento da síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia física dunha substancia-droga. Pode considerarse a etapa inicial, necesaria pero non suficiente, para a abstinencia do consumo. Neste sentido, debería ser continuada por unha terapia de deshabitución que lle permita superar ao drogodependente a súa dependencia psíquica. Existen tres tipos de desintoxicación na rede do PGD: desintoxicacións hospitalarias (clásicas, curtas e ultracurtas), desintoxicacións ambulatorias (clásicas e curtas) e desintoxicacións domiciliarias (clásicas e curtas).
- 8. Subprograma de tratamento de diminución do dano (STDD):** tendo en conta que existen persoas que manteñen condutas de uso problemático de drogas, reticentes á súa modificación, e que lle van xerar danos á súa propia persoa, a outras persoas e á propia sociedade, é necesario desenvolver estratexias de intervención dirixidas á diminución dos danos ocasionados por estes consumos (uso de agonistas opiáceos, intercambio/distribución de xiringas, talleres de consumo de menos risco e de sexo máis seguro...), fundamentalmente nos aspectos sociais e sanitarios. Neste sentido, o STDD ten como obxectivo global facilitar o achegamento á rede asisten-

cial dun grupo de usuarios de drogas que noutras modalidades non accederían ás UAD para, desta forma, contribuír á mellora do seu estado de saúde xeral.

9. **Subprograma de tratamento de asistencia domiciliaria (STAD):** o obxectivo deste subprograma é a atención daqueles pacientes que non se poden desprazar ao centro asistencial para iniciar ou proseguir o seu tratamento, ben sexa por problemas de saúde ou por dificultades sociofamiliares.
10. **Subprograma de tratamento de prevención de recaídas (STPR):** considerando que unha das características das drogodependencias é a súa tendencia ás recaídas, estruturáronse programas que teñen como obxectivo xeral ensinar os pacientes que están intentando modificar a súa conduta de consumo de drogas a como anticipar e enfrontarse ás presións e problemas que poden conducirlos a unha recaída. As características deste subprograma permiten que os pacientes adscritos a el poidan seguir outros simultaneamente, e o seu ámbito de aplicación será preferentemente en modalidade grupal.

2.4. O Plan de colaboración USC-PGD

No campo das drogodependencias debe existir un equilibrio entre as necesidades existentes e as metas ou progresos que se desexan alcanzar. Isto é así porque existen unha serie de dimensións de tipo social ou cultural (valores dominantes, procesos demográficos...), relacionadas co uso das drogas, sobre as que é moi difícil incidir con accións promovidas dende as políticas en materia de drogas. A dificultade que entraña o deseño e a execución das accións na área das drogodependencias fai necesaria a colaboración de persoal cualificado e formado especificamente para isto.

Con este obxectivo, a Universidade de Santiago (USC) e os responsables do Plan de Galicia sobre drogas (PGD) uníronse nun convenio, no que o persoal da USC adquire o rol de *staff* de apoio de cara á toma de decisións. Este convenio materialízase en seis áreas de colaboración:

1. Formación: mediante cursos sobre metodoloxía de investigación en drogodependencias, onde se imparten coñecementos de deseño e planificación de estudos, elaboración de ferramentas de recollida de información, epidemioloxía, análise de datos e realización de informes de resultados e divulgación científica.
2. Asesoramento técnico: tanto no ámbito de análises estatísticas dos datos, en colaboración co Observatorio Galego de Drogas, como de xestión de bases de datos.
3. Realización de estudos *ad hoc*: de acordo coas necesidades que vaian xurdindo no desenvolvemento e posta en marcha das distintas accións promovidas polo PGD.
4. Investigación-difusión: divulgación dos estudos realizados a través de publicacións (artigos, libros, expedientes...) e asistencia a congresos.
5. Colaboracións internacionais.
6. Xestión: fundamentalmente, mediante a implantación do modelo EFQM de Excelencia no PGD.

Na implantación do modelo de EFQM de Excelencia, cuxas características se detallarán máis adiante, perséntase como unha das áreas de mellora ou desenvolvemento a posta en marcha dun sistema de escoita eficaz para coñecer o grao de satisfacción e calidade percibida da asistencia sanitaria prestada na rede de centros de Galicia a todos os usuarios con problemas de uso e abuso de drogas. É neste marco no que se encadra este estudo.

Este convenio baséase nunha premisa fundamental, compartida por ambas as partes, que se sustenta nun compromiso adquirido coa calidade e a mellora continua, que impregna toda acción emprendida dentro do Plan de Galicia sobre Drogas.

3. A NOVA ERA DO MARKETING: MARKETING DE SERVIZOS

3. A nova era do marketing: marketing de servizos

Ata comezos do século XX, a situación económica caracterízase pola superioridade da demanda sobre a oferta, de forma que todo o que se produce é consumido. Neste contexto, os esforzos organizacionais consistían nun conxunto de actividades encamiñadas a mellorar a distribución dos produtos, dende unha dobre perspectiva: facilitar o acceso do consumidor ao produto e reducir os custos. Tratábase esencialmente dun *enfoque de produción*, onde a planificación estratéxica das organizacións está orientada a incrementar a fabricación de produtos para obter maior rendibilidade (Kotler, 1991). Progresivamente, os consumidores viron cubertas cada vez máis as súas necesidades, co aumento da competencia empresarial que isto leva consigo, ata chegar a inverter a situación, de forma que a oferta superou amplamente a demanda. En consecuencia, fíxose necesario a implantación de accións alternativas, *orientadas ao produto*, no que se priman as especificacións técnicas do produto, co obxectivo de obter vantaxes competitivas no mercado, e *orientadas á venda*, baseadas en políticas de promoción e vendas.

É neste contexto no que xorde o enfoque do marketing como filosofía empresarial, co obxectivo de identificar as necesidades dos consumidores e poder así satisfacelas da forma máis eficaz e eficiente posible, facéndolle fronte á enorme presión competitiva. Para conseguir este obxectivo, é necesario que se integren todos os elementos da organización (Grönroos, 1990; Kotler, 1991). A aplicación práctica deste enfoque plásmase no *marketing mix* (concepto introducido por Neil Borden en 1964, referido ao mercado de bens de consumo), que se centra en catro factores clave da xestión empresarial, os 4 P (McCarthy, 1960): produto (*Product*), prezo (*Price*), promoción (*Promotion*) e distribución (*Placement*). Este enfoque dominará a planificación estratéxica durante décadas, e aínda hoxe segue sendo un paradigma plenamente vixente no mercado de bens tanxibles, malia poñerse de manifesto, dende a década dos oitenta, as súas limitacións á hora de aplicarse a un novo contexto de mercado, centrado fundamentalmente nos servizos (Grönroos, 1990).

3.1. Marketing de servizos

A mediados do século XX, os países industrializados sofren unha profunda transformación e abren as portas á nova economía de servizos. Unha economía considérase de servizos cando este sector achega ao produto interior bruto máis da metade da riqueza do país (Fuchs, 1968). Neste novo contexto, os enfoques tradicionais do marketing deixan de ser adecuados, restrinxindo o papel do consumidor a un rol pasivo no proceso de intercambio comercial. Esta limitación afecta de forma especial ao sector dos servizos, onde o paradigma orientado á produción en lugar de ao usuario non permite abarcar as relacións da empresa co cliente (Grönroos, 1982, 1994).

Antes de nada, considérase necesario coñecer as características distintivas entre os servizos e os bens de consumo, polas súas implicacións nas accións de marketing. Entre as máis relevantes cabería destacar (Grönroos, 1990; Lovelock, 1991; Martínez-Tur, Peiró e Ramos, 2001; Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985; Reagan, 1963; Zeithaml, 1981; Zeithaml e Bitner, 1996):

- **Intanxibilidade:** na prestación dun servizo o grao de intanxibilidade é elevado, sendo variable a relevancia do compoñente físico, polo que a percepción do servizo está suxeito a un alto nivel de subxectividade.

- **Heteroxeneidade:** un servizo non se realiza dúas veces da mesma maneira. Isto é así porque nel inflúen múltiples factores, con especial relevancia dos aspectos interpersoais que fan que a prestación dun servizo se adapte continuamente ás demandas do cliente, consumidor ou usuario. Nestas circunstancias, a estandarización do servizo ten gran dificultade.
- **Simultaneidade:** a produción e o consumo do servizo prodúcense de forma simultánea, a un mesmo tempo, de maneira que é imposible separar ambos os procesos.
- **Imposibilidade de almacenamento:** todas as características anteriores (intanxibilidade, heteroxeneidade e simultaneidade) fan que un servizo sexa imposible de almacenar, o que dificulta aínda máis o control sobre a prestación do servizo.
- **Participación do cliente:** o cliente ten un rol activo na prestación do servizo, o que incide no seu resultado.

Estas diferenzas entre bens de consumo e servizos xustifican a existencia dun marketing de servizos como disciplina independente, con estratexias e ferramentas propias e diferenciadas.

Non obstante, a identificación e definición dun servizo, así como o grao no que estas calidades están presentes, segue constituíndo un problema. Xeralmente, as clasificacións diferenciais baseáronse no grao de intanxibilidade, creando un continuo dende o completamente tanxible ao completamente intanxible (Bessom, 1973; Rathmell, 1966; Shostack, 1977; Zeithaml, 1981). Debemos ter en conta que toda oferta implica, en certa medida, un servizo, así como todo servizo leva consigo, intrínseca ou extrínsecamente, produtos e/ou contornos físicos que forman parte da transacción provedor-usuario (Bebko, 2000; Zeithaml e Bitner, 1996).

Ante a relevancia que adquire a interacción provedor-usuario na prestación dun servizo, o marketing debe adaptarse para abordar a complexidade das relacións neste contexto de interacción. O enfoque tradicional de marketing non contempla o control da participación do cliente na produción do servizo. Esta limitación da *marketing mix* fixo que se engada un quinto P ao modelo: *People* –persoas– (Judd, 1987) ou *Performance* –desempeño, prestación– (Zeithaml, Parasuraman e Berry, 1993); ou incluso tres novos P: *People* –persoas–, *Physical* –contorno físico– e *Process* –procesos– (Booms e Bitner, 1981). Neste sentido, a función do marketing adquire tres novos obxectivos (Bebko, 2000; Lovelock, 1991): (1) a interacción provedor-usuarios, (2) o contexto de interacción e (3) o resultado (*outcome*) da prestación do servizo.

Neste contexto desenvólvese o *enfoque relacional* do marketing, que se centra no establecemento, mantemento e consolidación de relacións a longo prazo cos clientes, máis que en transaccións específicas (Barroso e Martín, 1999; Berry, 1983; Berry e Parasuraman, 1993; Christopher et al., 1991; Grönroos, 1994; Gummesson, 2002). Dende esta perspectiva, o concepto clave para a xestión son os *momentos da verdade* (Carlzon, 1987), que fan referencia a cada interacción que se produce entre un representante da empresa e o cliente durante o proceso de prestación de servizo, e que constitúen a fonte principal de vantaxes competitivas a través da creación dun valor engadido en cada proceso de interacción.

En definitiva, como consecuencia do alto nivel de interacción provedor-usuario, o marketing de servizos adopta un enfoque relacional baseado no establecemento de relacións activas, estables e duradeiras cos clientes, e na diferenciación da oferta a través da prestación dun servizo excelente e personalizado, sen descoidar as funcións tradicionais do marketing (Abalo, 2006). Neste sentido, a arma estratéxica fundamental para alcanzar este obxectivo é ofertar un nivel adecuado de calidade de servizo (Barroso e Martín, 1999; Berry e Parasuraman, 1993; Grönroos, 1982, 1990). Neste novo paradigma defínese o triángulo máxico da estratexia relacional como a relación entre calidade de servizo-fidelidade-rendibilidade.

3.2. A calidade, base do marketing de servizos

Un dos piares fundamentais do enfoque relacional do marketing de servizos é a calidade, de maneira que non se pode desenvolver unha boa función de marketing sen unha boa calidade (Kotler, 1991; Payne et al., 1995). Enténdese que a calidade de servizo, percibida polo suxeito como tal, se traduce en lealdade ou fidelidade por parte deste, o que, pola súa vez, significa rendibilidade para a organización. Por este motivo, a calidade é o constructo máis investigado na área do marketing de servizos (Fisk, Brown e Bitner, 1995). Isto reflíctese na gran cantidade de estudos empíricos que recollen o impacto da calidade na satisfacción, na intención e na fidelización dos clientes (e. g., Anderson, Fornell e Lehman, 1994; Bitner, 1990; Bolton e Drew, 1991; Bolton e Lemon, 1999; Boulding *et al.*, 1993; Cronin, Brady e Hult, 2000; Cronin e Taylor, 1992; Rust e Zahorik, 1993; Rust, Zahorik e Keiningham, 1995; Venetis e Ghauri, 2004; Zeithaml, Berry e Parasuraman, 1996; Zhou, 2004).

No enfoque relacional do marketing de servizos, a calidade non só é fundamental para a fidelización do cliente, é dicir, para o mantemento de relacións estables provedor-usuario, senón que se converte na estratexia a través da cal se crea unha vantaxe competitiva útil na diferenciación da organización no mercado, isto é, como medio para incrementar a cota de mercado.

Ante a importancia que adquire o constructo da calidade no paradigma do marketing de servizos, parece necesario definir que é a calidade de servizo. Este constructo presenta, dende os anos oitenta, dous aspectos fundamentais que se teñen en conta á hora de abordalo:

1. A calidade non a define a organización, senón que é definida polo cliente, consumidor ou usuario do servizo (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1988). A diferenza dos enfoques tradicionais de calidade que, no ámbito dos bens de consumo, concentran a súa atención nas especificacións técnicas do produto, o marketing de servizos concibe a calidade como a conformidade dos servizos ás especificacións do consumidor (Parasuraman et al., 1988).
2. En consecuencia, preséntase a necesidade de estudar as percepcións dos usuarios para obter información sobre a calidade percibida dun servizo. É dicir, ademais de coñecer se as necesidades foron cubertas ou non (satisfacción co resultado da transacción), é preciso indagar sobre o propio proceso de prestación do servizo, como factor fundamental no intercambio e na creación de valor engadido (Grönroos, 1978, 1982, 1984). Polo tanto, na avaliación do servizo hai, polo menos, catro elementos que inciden na formación dos xuízos de calidade (Abalo, 2006):
 - a) Interacción provedor-usuario: a atención que o persoal de contacto lles ofrece aos usuarios.
 - b) Desenlace de cada proceso de prestación de servizo: cada momento da verdade que integran as diferentes fases da prestación.
 - c) Contexto físico: contorno no que ten lugar a interacción provedor-usuario, incluíndo todos aqueles elementos tanxibles e directamente perceptibles asociados á transacción.
 - d) Resultado da prestación: satisfacción eficiente da necesidade que o usuario buscaba cubrir coa prestación do servizo.

Os tres primeiros elementos agrúpanse no que se denomina proceso de prestación do servizo, mentres que o cuarto constitúe o resultado de dito proceso (Grönroos, 1984). Existen, ademais, variables mediadores que modelan a formación de xuízos de calidade, como a comunicación boca-orella, a imaxe da organización ou a súa comunicación de marketing.

Unha vez chegados a este punto, queda preguntarse por como os suxeitos efectúan as valoracións sobre o proceso de prestación do servizo e o seu resultado, valoracións que conformarán os seus xuízos de calidade e a súa actitude con respecto ao servizo.

Dadas unhas pinceladas sobre que é a calidade de servizo, queda entón investigar como os suxeitos efectúan a valoración da calidade do servizo.

3.3. Formación de xuízos de calidade por parte dos usuarios

Como consecuencia das características diferenciais que presenta a oferta de servizos (intangibile, heteroxénea, de produción e uso simultáneos e con participación activa por parte do usuario), a súa valoración non se realiza da mesma maneira ca a avaliación dos bens de consumo. Por un lado, a avaliación dos servizos é máis complexa ca a dos bens tanxibles (Grönroos, 1984; Grove e Fisk, 1983; Lovelock, 1991; Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1985; Palmer e O'Neill, 2003; Zeithaml, 1981), e, polo outro, a percepción de risco é maior na compra de servizos, debido á dificultade para efectuar unha avaliación precompra fiable e contrastable (Bebko, 2000; Cox e Rich, 1967; Guseman, 1981; Murray e Schlacter, 1990).

Por este motivo, a investigación en calidade de servizo trata de coñecer os procesos cognitivos e afectivos implicados na formación de actitudes e xuízos de calidade dos usuarios antes, durante e despois da prestación dos servizos. É neste momento onde a psicoloxía fai a súa incursión no ámbito do marketing. Nun primeiro momento, co auxe do marketing orientado á venda, destácase o papel de psicoloxía da persuasión, centrado no cambio de actitudes dos consumidores. Posteriormente, co desenvolvemento da investigación de mercados, nace a psicoloxía do consumidor orientada á identificación e estudo de segmentos de consumidores. Na actualidade, a importancia do estudo da calidade percibida converte a psicoloxía nunha disciplina esencial para a investigación en marketing, con influencia da psicoloxía cognitiva, cognición social, procesos emocionais, psicometría, deseños de investigación ou modelización do comportamento.

3.4. Marketing e calidade nos servizos públicos

Os servizos públicos nacen co propósito de equilibrar e redistribuír a riqueza dos distintos grupos sociais, asignando capital e empregados públicos para a produción de bens e servizos considerados socialmente necesarios (Esping-Andersen, 1993; Sancho, 1999). Por isto, a oferta de servizos públicos debe estar orientada a satisfacer as necesidades concretas da sociedade. Neste sentido, o marketing é unha arma útil para identificar as necesidades, deseñar servizos acordes a elas, implantalos e avalialos.

Antes de nada, debe terse en conta que os servizos públicos presentan certas características que os diferencian da empresa privada (Sancho, 1999):

- a) O obxectivo primordial dos servizos públicos é a satisfacción de necesidades colectivas, fronte á obtención de beneficios que move á empresa privada.
- b) A cidadanía contribúe, de forma obrigatoria, ao financiamento dos servizos públicos, faga uso deles ou non.
- c) A avaliación de obxectivos é máis complexa nos servizos públicos, xa que o éxito non se basea na obtención de beneficios económicos.

Estas características fan que o enfoque relacional do marketing de servizos sexa especialmente adecuado aos servizos públicos, onde o usuario establece unha relación estable, duradeira e obrigada pola súa contribución económica, o que o leva a esixir un servizo de

calidade, que ofrezca determinadas prestacións que cubran as súas verdadeiras necesidades. O provedor debe, en consecuencia, adecuar a súa oferta de servizos a estas esixencias.

Neste proceso de adecuación da oferta de servizos públicos ás necesidades dos usuarios considérase fundamental o concepto de eficiencia, que se refire á optimización de recursos, é dicir, búscase ofrecer un servizo de calidade sen un incremento desproporcionado do gasto público. Isto xustifica o uso, cada vez maior, de criterios de mercado e políticas de marketing e calidade nas organizacións públicas (Osborne e Gaebler, 1994).

Por outra parte, os servizos públicos non están enfocados á rendibilidade, polo que a calidade do servizo e a satisfacción do usuario se converten nun fin en si mesmo, e non nun medio para incrementar os beneficios, como ocorre no sector privado.

3.5. Marketing e calidade nos servizos sanitarios públicos

Nestes últimos anos son moitos os investigadores que centraron os seus esforzos na aplicación do marketing e os conceptos de calidade de servizo ao sector público e, en particular, aos servizos sanitarios públicos (e. g., Bansal, 2004; Bigné et al., 1997; Bigné, Moliner e Sánchez, 2003; Rivers e Bae, 1999; Rothscgild, 1999; Trenchard e Dixon, 1999). Desenvolvéronse, nesta liña, propostas de xestión de marketing específicas para o ámbito sanitario (Kotler e Clarke, 1987; Zaltman e Vertinsky, 1971; Alfonso, 1991; Lamata et al., 1994), que se recolleron baixo a denominación de *marketing sanitario*.

O enfoque relacional do marketing de servizos, coa súa orientación ao cliente, convértese nunha ferramenta perfectamente adaptable á xestión dos servizos sanitarios, servindo como punto de unión entre as necesidades dos pacientes e as da organización, logrando un alto nivel de calidade de servizo. Neste sentido, e de acordo coas directrices do PGD (epígrafe 2.3), a atención ao drogodependente debe integrarse dentro dos sistemas públicos de saúde, polo que a investigación sobre marketing sanitario é perfectamente aplicable a este tipo de servizos.

No ámbito das drogodependencias, o marketing foi incorporada dende diferentes perspectivas. Por un lado, investigouse sobre a calidade dos programas e terapias de intervención en drogodependentes (Nabittz e Walburg, 2000; Nabitz, Van Den Brink e Jansen, 2005), e a súa implicación na cronicidade do tratamento (Fernández, 2004). Estas investigacións consideran a intervención máis como un produto que como un servizo, polo que a calidade se estuda a través do cumprimento de determinadas especificacións técnicas.

A perspectiva do usuario incorporouse recentemente ao estudo da calidade en drogodependencias. Un exemplo disto foi a elaboración dunha escala (Bacigalupe et al., 2002) para avaliar a satisfacción co tratamento en drogodependencias (TPQ: *Treatment Perception Questionnaire*).

Non obstante, son escasos os traballos que avalían o servizo de atención ao drogodependente de forma global, non exclusivamente o tratamento, e dende a perspectiva do usuario. Neste sentido, destacan no noso país os traballos de Arnáez et al. (2004) e de Martín Araújo (2003), que profundan de maneira especial na satisfacción e a calidade percibida no servizo de atención aos drogodependentes.

4. A APOSTA POLA CALIDADE NA ATENCIÓN AO DROGODEPENDENTE

4. A aposta pola calidade na atención ao drogodependente

Como xa se comentou na epígrafe 2, as accións do Plan de Galicia sobre Drogas para o período 2005-2008 están orientadas, en gran medida, a introducir a calidade como pilar básico da xestión. Por isto, é necesario profundar no concepto de calidade e na evolución que experimentou, tanto no eido teórico como no aplicado.

4.1. Evolución do concepto de calidade: da calidade á excelencia

Da mesma maneira que o concepto de marketing, así como as súas ferramentas e métodos, foi evolucionando ao longo dos anos para adaptarse aos cambios na estrutura económica e nos sistemas de produción, o constructo de calidade sufriu grandes transformacións, que intentaremos analizar nas liñas seguintes, mediante os distintos paradigmas baixo os que se estudou a calidade.

Nos seus inicios, o interese pola calidade vén dende o enfoque ao produto do marketing, preocupado pola calidade técnica dos bens de consumo. Neste contexto desenvólvese o *paradigma do control da calidade*, orientado ao cumprimento das especificacións técnicas intrínsecas á fabricación e funcionamento de cada produto (Membrado, 1999; Velasco e Campíns, 1997).

Despois da Segunda Guerra Mundial, xorde en Xapón o *paradigma do aseguramento da calidade*, coa instauración de verdadeiros sistemas de calidade nas organizacións como medio para incrementar os beneficios e minimizar os custos derivados da non-calidade. Son pioneiros os traballos de Edwards Deming, Joseph Juran e Armand Feigenbaum. O primeiro deles define a mellora continua como un proceso de calidade que nunca termina, implicando e formando a toda a organización na súa consecución, creando desta forma unha verdadeira cultura da calidade (Deming, 1986). É neste paradigma no que se basean as primeiras normas de certificación (as normas ISO iniciais), onde a calidade se entende como o establecemento e sistematización dos mecanismos necesarios para non só controlar senón asegurar o cumprimento das especificacións.

Finalmente, da man do enfoque ao cliente procedente do marketing de servizos, desenvólvese o *paradigma da calidade total* (TQM: *Total Quality Management*). Trátase de crear unha verdadeira cultura organizacional orientada ao cliente, cuxo fin último é alcanzar os máximos beneficios a través da excelencia na xestión. Isto é, unha cultura onde a opinión e avaliación do cliente resulta clave no redeseño de plans de acción e no proceso de mellora continua que conduza á súa satisfacción, fidelización e, finalmente, á rendibilidade empresarial (Donavan, Brown e Mower, 2004; Membrado, 1999; Pérez, 1994).

Neste último paradigma baséanse os grandes modelos de calidade total como o Malcom Baldrige en Estados Unidos ou o Modelo Europeo de Excelencia Empresarial da Fundación Europea para a Xestión da Calidade (EFQM: *European Foundation for Quality Management*). Pola proximidade, importancia e gran difusión deste último, resumiremos a esencia do modelo nas liñas que seguen.

O modelo EFQM de Excelencia créase en 1992 como marco para a xestión do *European Quality Award*. Este é o organismo máis importante no ámbito europeo para o recoñecemento da calidade no eido nacional e rexional. Está desenvolvido pola Organización EFQM, a Comisión da Unión Europea e a European Organization for Quality (EOQ).

Trátase dun modelo **non normativo**, cuxo concepto fundamental é a autoavaliación, baseada nunha análise detallada do funcionamento do sistema de xestión da organización, usando como guía os criterios do modelo. O EFQM considera a xestión **da calidade** como a satisfacción das necesidades e expectativas dos seus clientes, do seu persoal e das demais entidades implicadas. Ten como obxectivo axudar as organizacións (empresariais ou doutro tipo) a coñecerse mellor a si mesmas e, en consecuencia, a mellorar o seu funcionamento.

O modelo consta de dúas partes: un conxunto de criterios de excelencia empresarial que abarcan todas as áreas de funcionamento da organización e un conxunto de regras para avaliar o comportamento da organización en cada criterio.

Polo que respecta aos **criterios**, podemos identificar dous grupos:

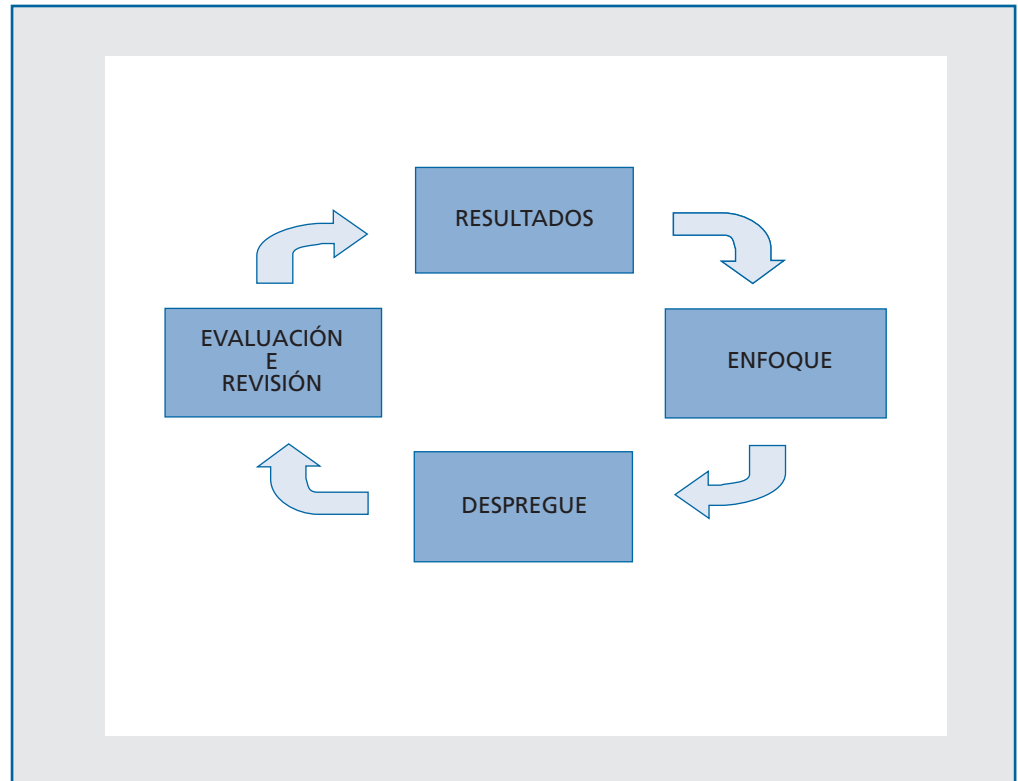
- Os **axentes** son aspectos do sistema de xestión da organización. Son as causas dos resultados. Recollen os criterios do 1 ao 5:
 1. Liderado
 2. Política e estratexia
 3. Persoal
 4. Colaboradores e recursos
 5. Procesos
- Os **resultados** representan o que a organización consegue para cada un dos seus actores. Estes actores constitúen os criterios do 6 ao 9:
 6. Resultados nos clientes
 7. Resultados no persoal
 8. Resultados na sociedade
 9. Rendemento final da organización

Para cada conxunto de criterios hai un conxunto de **regras de avaliación**, baseadas na lóxica REDER:

- **Resultados:** o que a organización consegue. Nunha organización excelente, os resultados mostran tendencias ou un bo nivel positivo, os obxectivos son adecuados e alcánzanse, os resultados compáranse favorablemente cos doutros e están causados polos enfoques. Ademais o alcance dos resultados cobre todas as áreas relevantes para os actores.
- **Enfoque:** o que a organización pensa facer e as razóns para isto. Nunha organización excelente, o enfoque será san (con fundamento claro, con procesos ben definidos e desenvolvidos, enfocado claramente aos actores) e está integrado (apoiará a política e a estratexia e estará adecuadamente enlazado con outros enfoques).
- **Despregamento:** o que realiza a organización para poñer en práctica o enfoque. Nunha organización excelente, o enfoque estará implantado nas áreas relevantes dunha forma sistemática.
- **Avaliación e revisión:** o que fai a organización para avaliar e revisar o enfoque e o seu despregamento. Nunha organización excelente, o enfoque e o seu despregamento estarán suxeitos con regularidade a medicións, emprenderanse actividades de aprendizaxe e os resultados de ambas servirán para identificar, priorizar, planificar e poñer en práctica melloras.

Na seguinte figura recóllese o esquema da lóxica REDER.

Figura 8.
Esquema da lóxica REDER



O modelo baséase nunhas premisas de organización, que se recollen na seguinte táboa:

Táboa 1. Premisas de organización no modelo EFQM de Excelencia

PREMISAS DE ORGANIZACIÓN

Organizacións maduras

Organizacións con capacidade de reflexión, autoavaliación

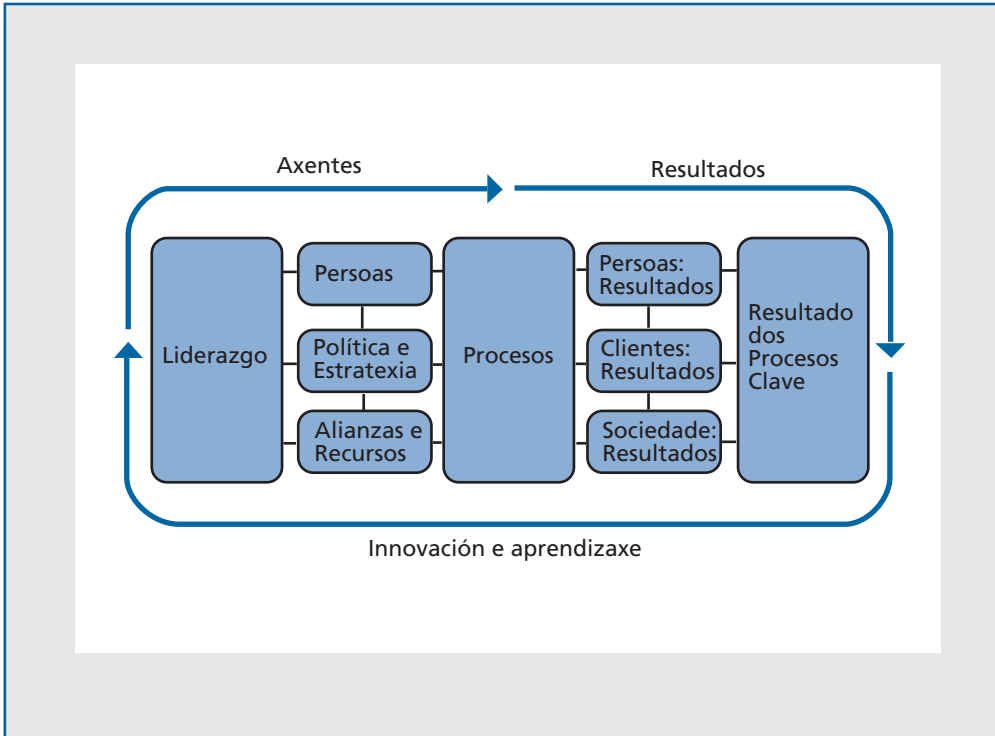
Organizacións comprometidas coa sociedade e coa mellora

Organizacións con actitude proactiva, dispostas a aprender

Organizacións dispostas a unha revisión constante, críticas consigo mesmas

Organizacións dispostas a compararse, a integrarse no seu contorno

Na figura que segue recóllese o funcionamento do modelo EFQM de forma resumida.

**Figura 9.
 Modelo EFQM de Excelencia**


A pesar da relevancia que o enfoque da calidade total ten cara ao servizo ao cliente, independentemente de que se trate dunha empresa de produción ou de servizos (Senlle, 1993), ata a última década do século XX os conceptos e prácticas relacionadas co paradigma da TQM non foran implantados no ámbito dos servizos (Douglas e Fredendall, 2004; Yasin et al., 2004). Xorde así un novo paradigma, denominado servizo de calidade total (TQS: Total Quality Service), resultado de aplicar os conceptos do TQM aos servizos, tendo en consideración as características diferenciais destes con respecto aos bens de consumo, as cales incrementan notablemente a súa complexidade. Por esta razón, é este un paradigma en vías de desenvolvemento, expansión e crecemento (Gupta et al., 2005), cuxa esencia fundamental reside en escoitar e satisfacer os requirimentos do usuario co obxectivo de lograr a vantaxe competitiva e a rendibilidade (Grupta et al., 2005; Kannan et al., 1999; Rust e Zahorik, 1993; Sewell, 1997).

Baixo este paradigma da calidade total, todos os conceptos de calidade son aplicables ao sector público. De feito, son unha ferramenta eficaz para a xestión de servizos públicos co fin de facer a administración máis eficiente e orientada á cidadanía (Scharitzer e Korunka, 2000; Senlle, 1993). Neste sentido, son cada vez máis os servizos sanitarios públicos no noso país que asumen un modelo de xestión baseado na excelencia (e. g., Altamore, Álvarez e Lorenzo, 1999; Arcelay et al., 1999; Daniel et al., 1999; Lorenzo, Bacigalupe e Arcelay, 2002; Mira et al., 1998). A publicación dun monográfico sobre a adaptación dos grandes modelos de xestión da calidade ao ámbito sanitario (*Revista de Calidade Asistencial*, 2000, 15, 3) non fai máis que confirmar este feito, expoñendo as experiencias de implantación do modelo EFQM en servizos sanitarios no noso país. En todas elas, a avaliación da calidade percibida é un requisito que non se pode eludir. No caso concreto das drogodependencias, existe algún traballo que destaca os beneficios da xestión da calidade no tratamento do drogodependente (Pascual, 2000).

Como xa se puxo de manifesto en liñas anteriores, baixo os postulados deste paradigma da calidade total, é fundamental explorar as percepcións dos usuarios, a súa avaliación dos servizos, así como as dimensións determinantes da súa satisfacción. Por isto, o constructo de calidade percibida convértese no eixe fundamental das tarefas do marketing orientada ao usuario.

4.2. O estudo da calidade percibida nos servizos

O concepto de calidade percibida nos servizos foi introducido a comezos da década dos 80 por Grönroos (1978, 1982, 1984), co obxectivo de incluír na xestión da calidade a perspectiva dos clientes sobre a calidade do servizo. Presenta un modelo de calidade de servizo baseado non só nas valoracións dos clientes sobre a calidade do tanxible senón tamén na avaliación do intanxible. Sobre este modelo asenta a maioría da investigación centrada na calidade dos servizos.

A calidade percibida preséntase como un constructo controvertido e difícil de definir. Non obstante, existe o consenso xeneralizado de que a calidade debe ser definida dende a perspectiva do consumidor (Grönroos, 1984; Parasuraman et al., 1985). Neste sentido, considérase que “o que conta é a calidade tal e como a perciben os clientes” (Grönroos, 1990; p. 37).

O estudo da calidade percibida nos servizos abórdouse dende distintas perspectivas, cuxos puntos esenciais intentaremos resumir a continuación, distinguindo entre dúas aproximacións claramente diferenciadas: dende unha enténdese a calidade percibida como a discrepancia entre as expectativas e as percepcións, e dende outra, unicamente se teñen en conta as percepcións dos usuarios.

4.2.1. Calidade percibida como discrepancia entre expectativas e percepcións

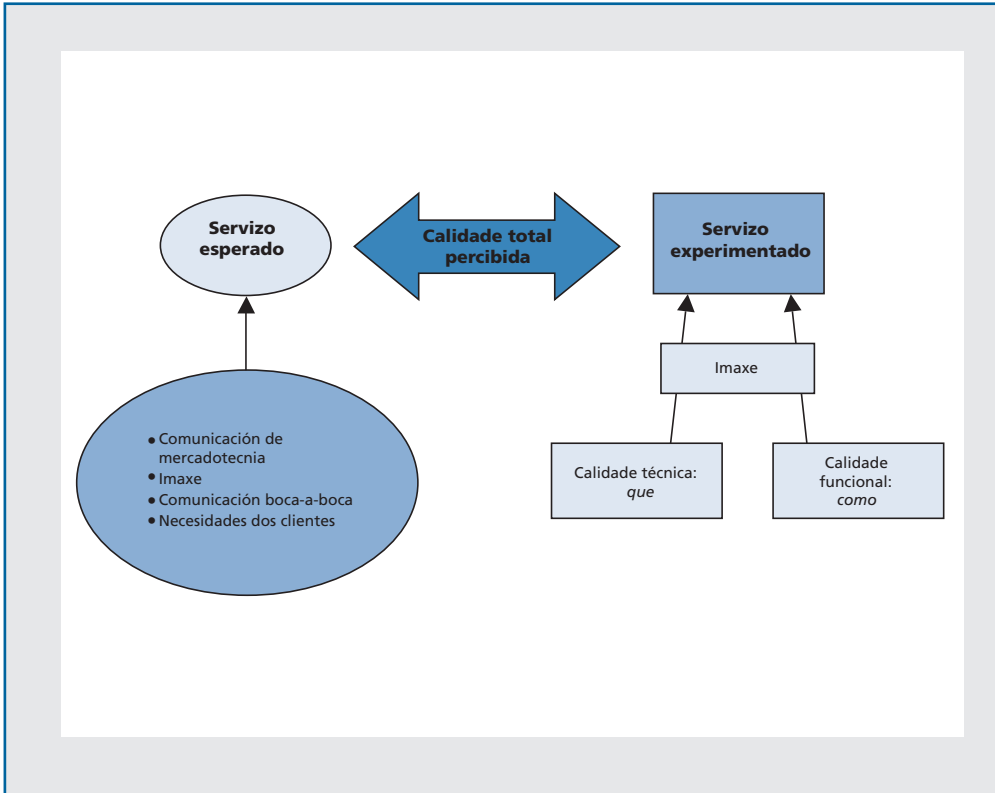
As investigacións de Grönroos (1978, 1982, 1984) constitúen a primeira abordaxe formal da calidade de servizo dende o punto de vista do usuario. Estes estudos dan lugar á denominada escola nórdica. Dende esta aproximación enténdese que tanto o servizo experimentado polo usuario (percepción) como o servizo esperado (expectativas) conforman a calidade total percibida. Pola súa vez, a calidade **experimentada** polo usuario está composta por dúas dimensións. Por un lado, a *calidade técnica* fai referencia ao resultado do proceso de prestación do servizo, así como aos elementos tanxibles sobre os que se sostén este proceso. Por outro, a *calidade funcional do proceso* inclúe os diferentes momentos da verdade que describen a forma en que se subministra e recibe o servizo. Ademais, as expectativas iniciais que ten o usuario sobre o servizo (**servizo esperado**) tamén inciden na calidade total percibida. Na xeración destas expectativas conflúe o efecto de catro factores (Abalo, 2006):

1. A comunicación do marketing da organización, fundamentalmente a publicidade.
2. A imaxe corporativa da organización.
3. A comunicación boca-a-boca entre usuarios, usuarios potenciais e non usuarios.
4. As necesidades que os usuarios buscan satisfacer cando solicitan o servizo.

Cómpre aclarar que a imaxe organizacional exerce un dobre efecto na calidade total percibida nos servizos (Grönroos, 1984): por unha parte, inflúe nas expectativas iniciais do usuario; por outra parte, exerce un papel mediador nas dúas dimensións do servizo experi

mentado, funcionando como factor de protección se a imaxe é positiva, e como factor debilitador se a imaxe é negativa. Este modelo ilústrase na figura 10.

Figura 10.
A calidade percibida segundo Grönroos



En consecuencia, a avaliación da calidade percibida resulta da comparación entre o servizo experimentado e o esperado, de maneira que, se se igualan ou superan as expectativas, o cliente/usuario quedará satisfeito e, se, pola contra, non se alcanzan as expectativas, a calidade percibida será deficiente.

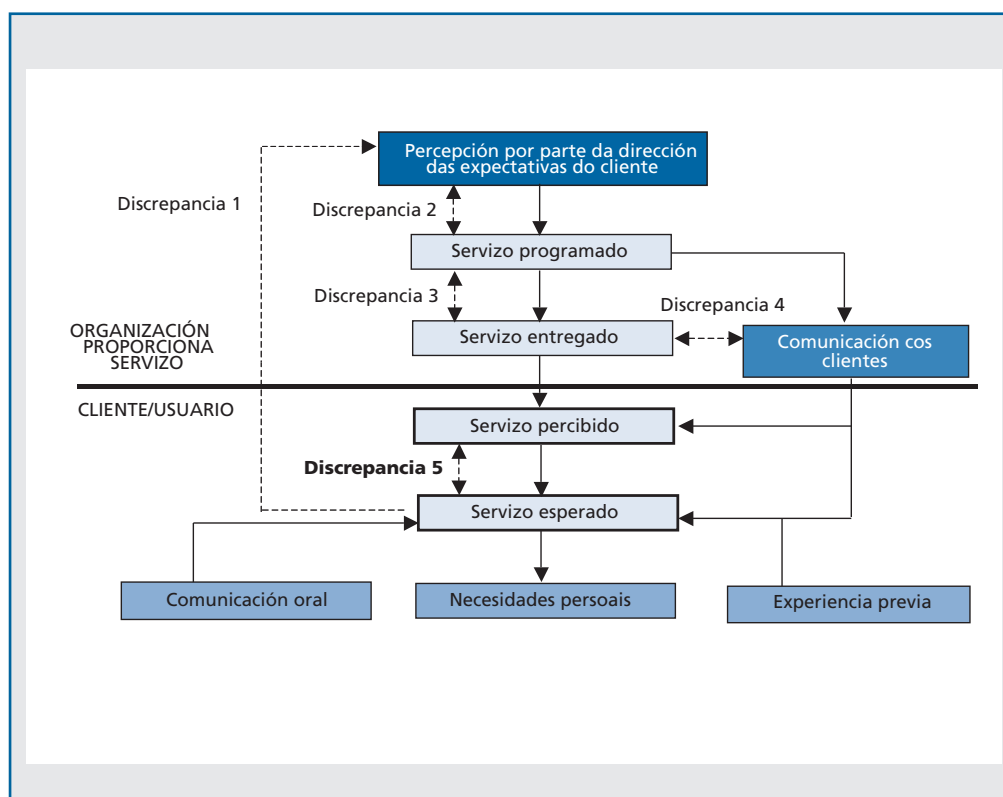
A partir deste modelo inicial formulado por Grönroos, créase toda unha liña de investigación cuxo máximo desenvolvemento se plasma no traballo de Parasuraman, Zeithaml e Berry. Estes autores conciben a calidade de servizo como un subconxunto dunha disciplina máis ampla que é o marketing de servizos (Berry e Parasuraman, 1993), polo que propoñen un marco de referencia que os integra a ambos.

Considerando tres das características diferenciais dos servizos: intanxibilidade, heteroxeidade e simultaneidade (Parasuraman et al., 1985), e con base nos traballos de Grönroos, formulan un modelo que pretende abarcar a xestión da calidade total percibida polos usuarios na súa totalidade (figura 11).

De acordo co paradigma de desconfirmación de expectativas (Cardozo, 1965; Oliver, 1980) e conforme á formulación de Grönroos, postulan que a calidade percibida é función da discrepancia entre as expectativas dos usuarios e as súas percepcións con respecto ao servizo percibido (discrepancia 5). Esta discrepancia pode ser causa doutras catro discrepancias que afectan á xestión interna da organización:

- Discrepancia 1: entre expectativas do cliente e percepción dos directivos sobre esas expectativas.
- Discrepancia 2: entre percepción dos directivos sobre as expectativas dos clientes e especificacións internas da calidade do servizo.
- Discrepancia 3: entre as especificacións da calidade do servizo e o servizo real que se presta.
- Discrepancia 4: entre o servizo real que se presta e o que se comunica aos clientes sobre este.

Figura 11.
Modelo de Parasuraman et al. (1985) de calidade de servizo



Trátase de xestionar e minimizar estas catro discrepancias para evitar unha discrepancia 5 deficiente, e incidir así na calidade total percibida polos usuarios. Para efectuar estas valoracións, os usuarios teñen en conta cinco dimensións (Parasuraman et al., 1985), universalmente presentes en calquera servizo:

1. *Fiabilidade*: realización do servizo de forma eficiente, coidadosa e sen erros.
2. *Capacidade de resposta*: disposición a prestar o servizo de forma rápida e eficiente en todo momento.
3. *Seguridade*: capacidade dos empregados para inspirar confianza e credibilidade durante a prestación do servizo.
4. *Empatía*: atención individualizada que se lles ofrece aos usuarios.
5. *Elementos tanxibles*: aparencia das instalacións físicas, equipamento e persoal encargado do servizo.

Con base nesta concepción da calidade percibida, desenvolven unha escala co obxectivo de coñecer as valoracións dos usuarios sobre o servizo e poder así identificar áreas de mellora e deseñar accións específicas encamiñadas a mellorar o seu nivel de prestación de forma eficiente. Esta escala, denominada SERVQUAL (*Service Quality*), mide, por un lado, as percepcións dos suxeitos (P) e, por outro, as expectativas (E), de forma que permita calcular a diferenza entre ambos os constructos (P-E), co que se obtén unha medida da calidade total percibida.

4.2.2. Calidade percibida a partir das percepcións

Os desenvolvementos posteriores de modelos de calidade percibida foron xurdindo a partir das críticas ao modelo inicial. Neste sentido, as críticas centráronse, por un lado, na concepción da calidade percibida como unha discrepancia entre as expectativas e as percepcións, cunha vertente teórica e outra empírica, e, por outro, na dimensionalidade dos xuízos de calidade realizados polos suxeitos.

4.2.2.1. Críticas ao modelo SERVQUAL

En primeiro lugar, as críticas teóricas máis importantes a este modelo diríxense á conceptualización da calidade percibida como a discrepancia entre as expectativas e as percepcións. Nesta liña, Cronin e Taylor (1992) afirman que non hai evidencia teórica nin empírica que sosteña esta concepción da calidade percibida. Consideran que, sendo a calidade percibida unha actitude, debe ser función unicamente das percepcións sobre o servizo (Carman, 1990; Cronin e Taylor, 1992, 1994). Na opinión destes autores, o modelo SERVQUAL confunde calidade percibida con satisfacción que, en efecto, se investigou, cun amplo consenso, dende os inicios, segundo o paradigma de desconfirmación de expectativas (Cardozo, 1965; Anderson, 1973; Oliver, 1977, 1980).

Paralelamente, criticouse a medida *post hoc* das expectativas como base para avaliar a calidade percibida do servizo (Babakus e Boller, 1992; Carman, 1990; Palmer e O'Neill, 2003), posto que a propia experiencia co servizo pode modificar as expectativas iniciais, de forma que serían destas expectativas modificadas das que os suxeitos informan na avaliación da calidade percibida.

En consonancia coas críticas formuladas, Cronin e Taylor (1992) consideran que debería eliminarse da escala SERVQUAL a subescala de expectativas, e avaliar a calidade percibida exclusivamente a través da subescala de percepcións. Esta versión modificada do SERVQUAL denomínase SERVPERF (*Service Performance*). Ao comparar ambas as escalasponse de manifesto que (Cronin e Taylor, 1992):

1. A escala que mellor se axusta ao modelo de calidade percibida é a SERVPERF.
2. Tanto a fiabilidade como a validez de constructo son mellores na SERVPERF.
3. A medida baseada unicamente nas percepcións explica maior cantidade de varianza relativa á calidade global percibida ca a medida baseada nas discrepancias.

Como resposta a estas críticas, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1994a), aínda aceptando as mellores características psicométricas da SERVPERF, poñen de relevo a superioridade da escala SERVQUAL en canto á súa capacidade diagnóstica, de cara a identificar áreas de actuación para incrementar a calidade percibida polos usuarios dun servizo.

En definitiva, o uso dunha ou outra escala debe xustificarse en función do obxectivo que se persiga. No caso da investigación, onde o interese se centra nas características psicométricas, parece ser máis correcto usar a escala SERVPERF, mentres que na intervención profesional resulta de maior utilidade para a planificación estratéxica das organizacións de servizos a escala SERVQUAL (Parasuraman et al., 1994a; Sureshchandar et al., 2002a; Zhao, Bai e Hui, 2002).

4.2.2.2. Dimensionalidade da calidade percibida

Unha segunda crítica asociada ao modelo SERVQUAL que xerou un elevado volume de investigación é a referida á estabilidade e número de dimensións subxacentes á calidade percibida nos servizos. O problema da dimensionalización da calidade percibida pódese sintetizar no enfrontamento entre a postura que pretende manter universalmente a estrutura de cinco factores para a avaliación da calidade percibida en calquera tipo de servizo (Parasuraman et al., 1988) e a denominada aproximación por continxencias (Martínez-Tur et al., 2001), onde se entende que cada servizo debe ser avaliado conforme ás características e especificidades que lle son propias.

Tras unha ampla revisión das aplicacións do SERVQUAL, Asubonteng, McCleary e Swan (1996) conclúen que as diferenzas no número de dimensións están asociadas a diferenzas entre os sectores medidos. Estas diferenzas xustifícanse pola existencia de características distintivas asociadas a diferentes tipoloxías de servizos, entre as que destacan: (1) a complexidade do servizo (Carman, 1990; Babakus e Boller, 1992; Llosa et al., 1998; Zhou, 2004), o grao de intanxibilidade do servizo (Bebko, 2000) e o grao de interacción provedor-usuario (Bebko, 2000; Carman, 1990; Lovelock, 1991).

Como consecuencia desta influencia que exercen as características distintivas dos servizos sobre a dimensionalización da calidade percibida, é necesario analizar os servizos conforme ás súas especificidades e, polo tanto, desenvolver escalas *ad hoc* con dimensións propias, máis alá da adaptación dos ítems proposta por Parasuraman et al. (1988).

Malia a variabilidade inherente á aproximación de continxencias, é posible identificar dimensións comúns a todos os servizos. A proposta de Abalo (2006), moi similar á de Rust e Oliver (1994) e baseada directamente nos elementos dun servizo sobre os que os usuarios conforman os seus xuízos de calidade, identifica catro dimensións “universais” da calidade percibida, presentes, en maior ou menor medida, en calquera tipo de servizo:

1. O persoal do servizo: interacción provedor-usuario. Durante a prestación dun servizo, prodúcese a interacción provedor-usuario, polo que inciden decisivamente as actitudes e comportamento do persoal de contacto na percepción de calidade dos usuarios (Bitner, Booms e Mohr, 1994; Brady e Cronin, 2001; Czepiel, 1990; Dabholkar, Sheperd e Thorpe, 2000; Dabholkar et al., 1996; Donovan e Rossiter, 1982; Harber, Burgess e Barckay, 1993a, b; Langelard et al., 1981; Mills e Morris, 1986; Parasuraman et al., 1985, 1988; Scheneider e Bowen, 1992, 1993; Sureshchandar et al., 2002a, b; Surprenant e Solomon, 1987; Varela et al., 2006; Voces, 2005).

Existen múltiples características do persoal que inciden nas percepcións dos usuarios e, polo tanto, na calidade global percibida do servizo, entre as que destacan a atención personalizada, os aspectos non verbais da interacción (movementos corporais e xestuais, contacto visual, paralinguaxe, proxemia...), a aparencia física (Burgoon, Birk e Pfan, 1990; Solomon et al., 1985; Sundaram e Webster, 2000), o nivel de orientación ao consumidor (Bitner, Booms e Tetreault, 1990; Bove e Johnson, 2000; Brown et al., 2002; Henning-Thurau, 2004; Kelley, 1992) e a satisfacción do persoal (Bitner et al., 1990; Bitner et al., 1994).

2. Os elementos tanxibles. Debido á intanxibilidade inherente aos servizos, os elementos tanxibles directamente observables presentes durante a prestación do servizo convértense en importantes indicadores da calidade percibida (Aubert-Gamet e Co-va, 1999; Baker, 1987; Baker et al., 1994; Bitner, 1990, 1992; Brady e Cronin, 2001; Dabholkar et al., 1996; Kotler, 1973; Reimer e Kuehn, 2005; Rust e Oliver, 1994; Varela et al., 2006; Voces, 2005).

Os compoñentes tanxibles pódense agrupar en tres subdimensións (Abalo, 2006): (1) as condicións físicas do lugar de prestación do servizo, (2) o equipamento necesario para a produción e prestación do servizo que é visible para o usuario, e (3) os posibles produtos asociados ao resultado da prestación do servizo.

Reimer e Kuehn (2005) destacan o dobre efecto que os tanxibles exercen sobre a calidade percibida: un efecto directo nas avaliacións dos usuarios con respecto á calidade global, e un efecto indirecto mediante a modulación da valoración dos intanxibles.

3. *Os procesos do servizo.* Os procesos que interveñen na produción e prestación dun servizo son, por definición, continxentes e específicos a este. Inseridos nestes procesos encóntranse múltiples momentos da verdade que o provedor debe afrontar co cliente. A sistematización destes procesos, orientada a resolver os momentos da verdade de forma fiable e adecuada, é un mecanismo importante para reducir a heteroxeneidade propia dos servizos e favorecer a confianza do usuario na fiabilidade do servizo.
4. *O resultado da prestación do servizo.* É obvio o papel que exerce o resultado da prestación sobre os xuízos de calidade dos usuarios, de forma que, se o usuario percibe que o servizo prestado cobre as necesidades polas que o demandou, quedará satisfeito, o que favorecerá a súa percepción de calidade con respecto a este.

4.3. Avaliación da calidade percibida

Os responsables das organizacións de servizos avalían as percepcións de calidade dos seus usuarios co fin de obter resultados que favorezan a toma de decisións adecuadas na xestión. Crear instrumentos de medida da calidade percibida fáciles de usar e de entender é un dos aspectos fundamentais do estudo do comportamento do consumidor e do marketing de servizos.

As escalas de medida da calidade de servizo deben ser útiles e funcionais, con boas propiedades psicométricas e alta capacidade diagnóstica. Ademais deben ser aptas para a avaliación continua do servizo, polo que a súa sinxeleza e facilidade de resposta son características desexables (Abalo, 2006).

Polo que respecta ao momento en que se debe medir a calidade percibida, comprobouse que as percepcións de calidade dos usuarios son moi inconstantes ao longo do tempo (Abercrombie, 1967; Mazursky e Geva, 1989), de aí que se suxira non medir a calidade percibida inmediatamente despois da prestación do servizo, senón cando o usuario se decide a usalo de novo. Suponse que neste momento o suxeito xa ten asentadas as súas percepcións de calidade e sobre elas decide usar ou non o servizo e, en última instancia, elixe unha ou outra oferta.

4.4. Relación entre calidade percibida e satisfacción

Tanto calidade percibida como satisfacción son claros antecedentes das intencións de comportamento e da lealdade cara á organización, polo que foron estes constructos os que xeraron maior volume de investigación no ámbito do marketing de servizos (Chumpitaz e Papparoidamis, 2004). Non obstante, é conveniente indicar as diferenzas conceptuais e operativas entre ambos os constructos, posto que é habitual que os profesionais non os diferencien á hora de xestionar os seus servizos (Dabholkar, 1995; Liljander, 1994). Esta confusión é froito da ambigüidade dalgúns modelos, entre eles o SERVQUAL, que confunden ambos os constructos no eido conceptual e operativo (Cronin e Taylor, 1992, 1994; Iacobucci et al., 1994; Tse e Wilton, 1988; Yi, 1990).

Os modelos explicativos da satisfacción do cliente pódense agrupar en dúas perspectivas diferenciadas (Oliver, 1993b): a cognitiva, baseada fundamentalmente no paradigma de desconfirmación de expectativas (Oliver, 1980), e a emocional, representada por Westbro-

ok (1980), que defende que son as emocións experimentadas durante a prestación do servizo as que conforman a resposta final de satisfacción ou insatisfacción. Tanto a investigación teórica como aplicada confluiron paulatinamente en modelos integrados por factores cognitivos e afectivos no estudo da satisfacción (Mano e Oliver, 1993; Oliver, 1993a, b, 1997). Neste sentido, enténdese que a satisfacción reflicte *a posteriori* a experiencia do consumidor co servizo, e é esta a diferenza fundamental coa calidade percibida (Iacobucci et al., 1994), xa que a calidade se conforma durante o proceso de prestación do servizo.

Existen, ademais, outras diferenzas entre calidade percibida e satisfacción, entre as máis mencionadas na literatura están (La Tour e Peat, 1979; Martínez-Tur et al., 2001; Oliver, 1993b; Parasuraman et al., 1988; Rust e Oliver, 1994; Spreng e Mackoy, 1996):

1. A calidade percibida do servizo é unha actitude duradeira e estable ao longo do tempo, mentres que a satisfacción é un xuízo transitorio ante un servizo específico, susceptible de ser modificado en cada transacción. É posible que a satisfacción experimentada en cada transacción modifique a calidade percibida ao longo do tempo (Taylor e Baker, 1994).
2. Os xuízos relativos á calidade percibida baséanse en dimensións específicas que teñen que ver coa avaliación de atributos do servizo. Pola contra, a satisfacción refírese de maneira máis indiferenciada á globalidade do servizo.
3. Se se asume o paradigma de desconfirmación de expectativas como base da calidade percibida, a diferenza con respecto aos modelos cognitivos de satisfacción radica no tipo de expectativas que se contrastan. Así, a satisfacción resulta da comparación entre expectativas preditivas (o que o usuario cre que vai recibir) e servizo percibido, mentres que as avaliacións de calidade de servizo resultan da comparación entre expectativas normativas (o que debe ser) e percepcións (Oliver, 1993b; Spreng e Mackoy, 1996; Zeithaml, Berry e Parasuraman, 1993).
4. Os xuízos sobre calidade percibida son de carácter marcadamente cognitivo, mentres que os xuízos sobre satisfacción teñen un compoñente emocional (Brady e Cronin, 2001; Oliver, 1997).

4.5. Cara a unha proposta de dimensionalización e avaliación da calidade percibida nos servizos de atención ao drogodependente

Todos os servizos, e máis o servizo de atención ao drogodependente, presentan unha idiosincrasia particular que fai recomendable valorar as súas características de forma diferente ao resto de servizos, co fin de captar adecuadamente as especificidades que o definen. Esta é a razón pola que cremos que para a valoración da calidade percibida é máis adecuada unha aproximación de continxencias que leve consigo a valoración particularizada das dimensións postuladas de forma teórica, o que, pola súa vez, obrigará a deseñar instrumentos de medida psicometricamente apropiados dentro de cada ámbito de aplicación.

De acordo con Cronin e Taylor (1992), para obter unha maior validez discriminante e maior capacidade prediciva, a medida da calidade percibida debe realizarse exclusivamente a través das percepcións dos usuarios sobre o servizo recibido, en lugar de medir tamén as expectativas, como suxiren as posturas baseadas no paradigma da desconfirmación de expectativas.

Aínda cando nos servizos de atención aos drogodependentes son escasas as propostas de dimensionalización e avaliación da calidade percibida ou da satisfacción dos usuarios, é posible adaptar as propostas realizadas para os servizos sanitarios xerais.

Desde os traballos de Hulka et al. (1970), que identifican tres dimensións subxacentes á satisfacción nos servizos sanitarios (competencia profesional, calidades persoais do persoal

sanitario e custo, comodidade e accesibilidade aos servizos), múltiples autores centráronse en determinar os factores que explican este constructo neste ámbito de estudo.

Varela, Rial e García-Cueto (2003) identificaron catro factores determinantes da satisfacción nos centros de saúde (persoal sanitario, persoal de apoio, acceso ao servizo e condicións físicas). No ámbito das drogodependencias, Martín Araújo (2003) identifica seis dimensións da calidade percibida do servizo: accesibilidade, información sobre o proceso terapéutico, intervención, horarios de atención e tempos de espera, instalacións e servizos e valoración global.

Seguindo unha aproximación de continxencias, segundo a cal cada servizo debe ter un esquema propio e debe ser avaliado de forma diferencial a outros servizos, levamos a cabo unha proposta na que se intentan recoller os distintos indicadores da calidade percibida na atención ao drogodependente. Para o deseño do modelo seguíronse dúas estratexias complementarias:

- En primeiro lugar, a revisión bibliográfica existente no ámbito da calidade asistencial supuxo unha guía importante no proxecto da investigación.
- Doutra banda, a experiencia profesional acumulada ao longo de 20 anos na asistencia ao drogodependente plásmase na proposta realizada, mediante a colaboración entre os profesionais da USC e do PGD.

A partir de aquí, propúxose un modelo no que os distintos elementos que determinan a calidade percibida do servizo poden agruparse en dúas dimensións:

- **Persoal:** trato, interese, dedicación do persoal dos centros de atención aos drogodependentes (médicos, psicólogos, traballadores sociais e enfermeiros).
- **Instalacións:** condicións físicas do servizo.

En consecuencia, o deseño do instrumento de recollida de información estará intimamente ligado á concepción teórica de partida, polo que se proporá unha escala composta por elementos referentes ás dimensións de persoal e instalacións, continxente ao servizo de atención ao drogodependente e que avaliará a calidade percibida exclusivamente a través das percepcións.

ESTUDO EMPÍRICO

5. OBXECTIVOS

5. Obxectivos

5.1. Obxectivo xeral

Con este traballo preténdese deseñar unha ferramenta fiable, válida e de fácil aplicación que sexa de utilidade para avaliar a calidade e satisfacción do servizo que se dispensa nos centros de atención ao drogodependente dende a perspectiva dos usuarios, que permita obter unha medida útil de cara á xestión e á identificación de áreas de mellora no servizo. Así mesmo, isto permitirá afondar nas relacións entre calidade percibida e satisfacción dos usuarios cos distintos elementos da escala e, en último termo, co comportamento destes en relación co servizo.

Unha vez comprobadas as propiedades psicométricas da escala, estaremos en condicións de realizar unha primeira valoración do servizo dispensado nas Unidades de Atención ao Drogodependente (UAD) da rede do Plan de Galicia sobre Drogas dende o punto de vista dos usuarios, co que se obterá un feedback válido e fiable da calidade percibida do servizo.

5.2. Obxectivos específicos

Para dar conta deste obxectivo xeral, preséntanse tres obxectivos específicos:

■ **Obxectivo 1. Validación da escala de calidade percibida do servizo.**

O primeiro obxectivo busca desenvolver unha escala breve e de fácil aplicación, con propiedades psicométricas adecuadas, que sexa útil como indicador da calidade do servizo dende a perspectiva do usuario no ámbito das drogodependencias. Este obxectivo responde á necesidade de proporcionarlles aos xestores unha ferramenta fiable, válida e parsimoniosa que recolla as principais dimensións do servizo.

■ **Obxectivo 2. Análise da relación entre calidade percibida e satisfacción.**

Preténdese analizar o vínculo entre a medida da calidade percibida (tanto no ámbito global como particular para os distintos elementos do servizo) coa satisfacción do usuario. O obxectivo é identificar os elementos que inciden en maior medida na satisfacción do usuario e que, en consecuencia, deben ser prioritarios en termos de xestión.

■ **Obxectivo 3. Diagnóstico inicial do servizo ofrecido nas UAD dende a perspectiva do usuario.**

Una vez validada a escala de calidade percibida do servizo, preténdese realizar unha primeira valoración da satisfacción dos usuarios co servizo recibido nas Unidades de Atención ao Drogodependente da rede do Plan de Galicia sobre Drogas, nas dimensións relevantes do servizo, identificando os puntos fortes e débiles da asistencia ao drogodependente na nosa comunidade.

6. METODOLOGÍA

6. Metodoloxía

6.1. Deseño

Para dar conta dos obxectivos formulados recorreuse a unha metodoloxía selectiva, consistente na realización dunha enquisa entre usuarios das diferentes Unidades de Atención ao Drogodependente da comunidade galega. O universo de referencia estivo composto por todos os individuos que están facendo uso regular dos servizos facilitados nas UAD da nosa comunidade. O tamaño estimado da poboación sitúase arredor dos 11.400 individuos.

O tamaño da mostra utilizado foi de 902 suxeitos. Para a determinación das cotas mostrais utilizouse unha mostraxe aleatoria estratificada con afixación proporcional segundo o número de usuarios de cada UAD. A ficha técnica do estudo recóllese no seguinte cadro.

Cadro 1. Ficha técnica do estudo

Ámbito: Galicia

Universo: finito (N aproximado: 11.400)

Tipo de mostraxe: aleatoria estratificada con afixación proporcional segundo UAD

Hipótese peor: $p=q=0.50$

Erro máximo desexado no ámbito global: $\pm 3.1\%$

Nivel de significación: $\alpha=0.05$

Tamaño da mostra: 902 suxeitos

Recollida da información: entrevista persoal

6.2. Descrición da mostra

A mostra estivo composta por un total de 902 usuarios, con idades comprendidas entre os 17 e os 73 anos ($\bar{x}=35.9$; $S_x=7.31$), todos eles residentes na Comunidade Autónoma de Galicia. A súa distribución por sexo, estudos, estado civil, ocupación e outras variables de interese recóllese no seguintes gráficos.

Figura 12.
Distribución da mostra segundo o SEXO

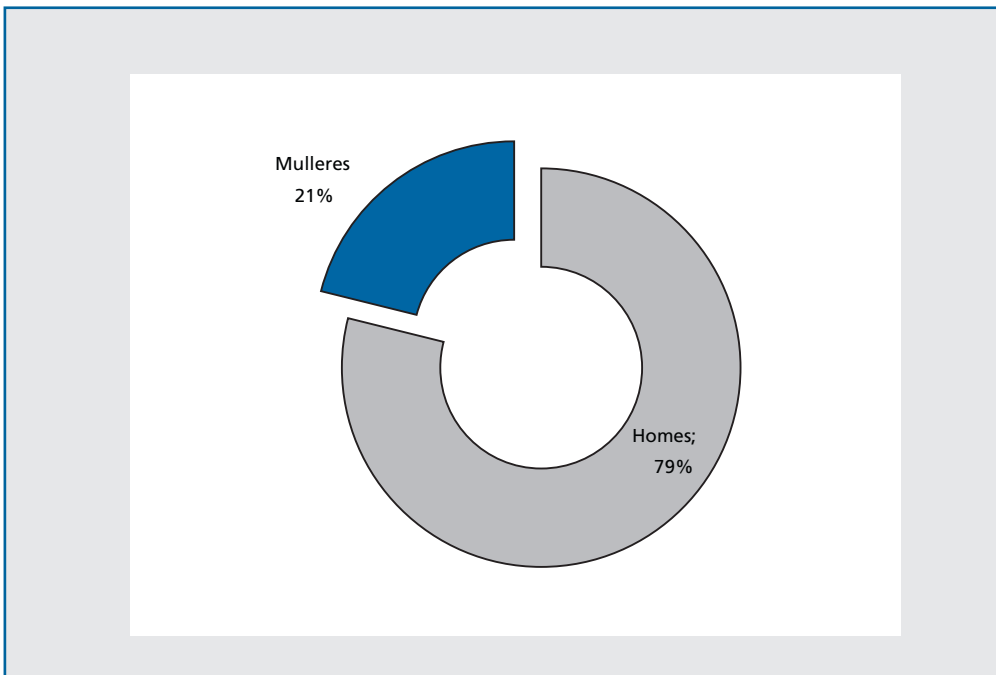


Figura 13.
Distribución da mostra segundo o NIVEL DE ESTUDOS

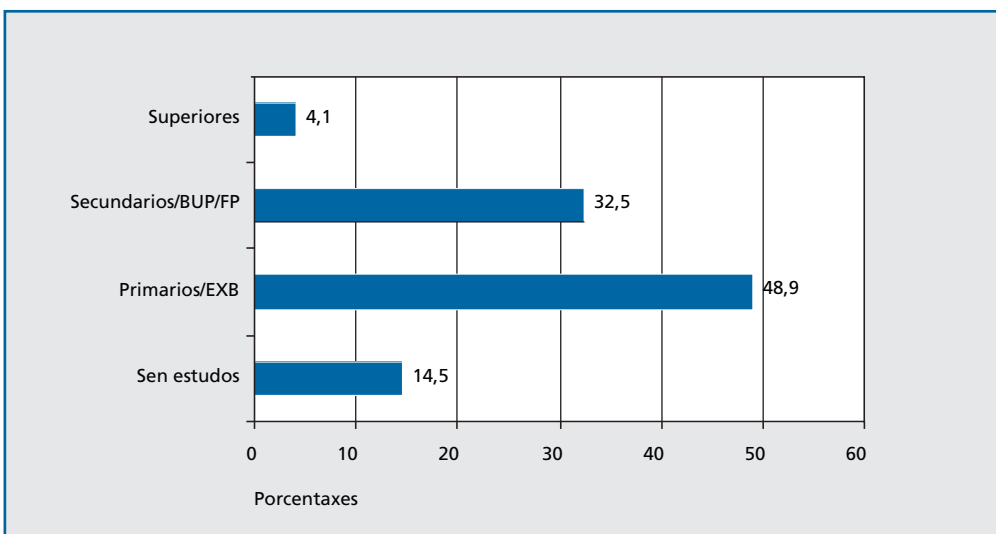


Figura 14.
Distribución da mostra segundo o ESTADO CIVIL

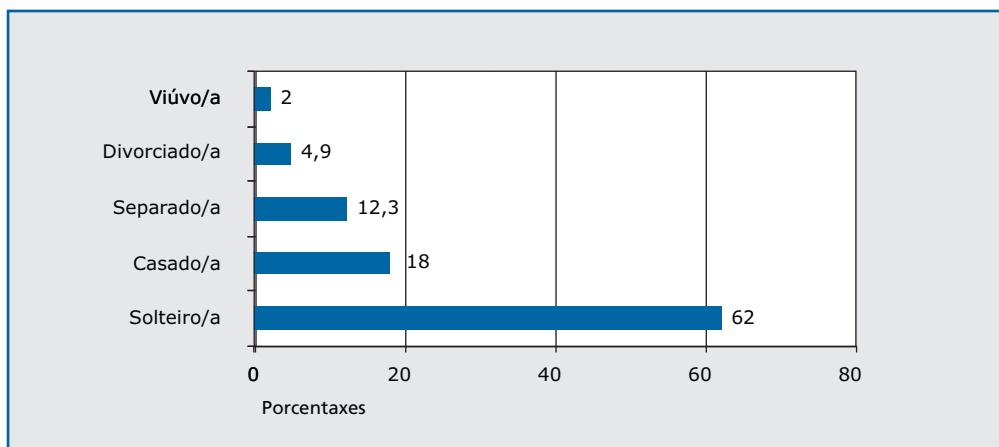


Figura 15.
Distribución da mostra segundo a OCUPACIÓN

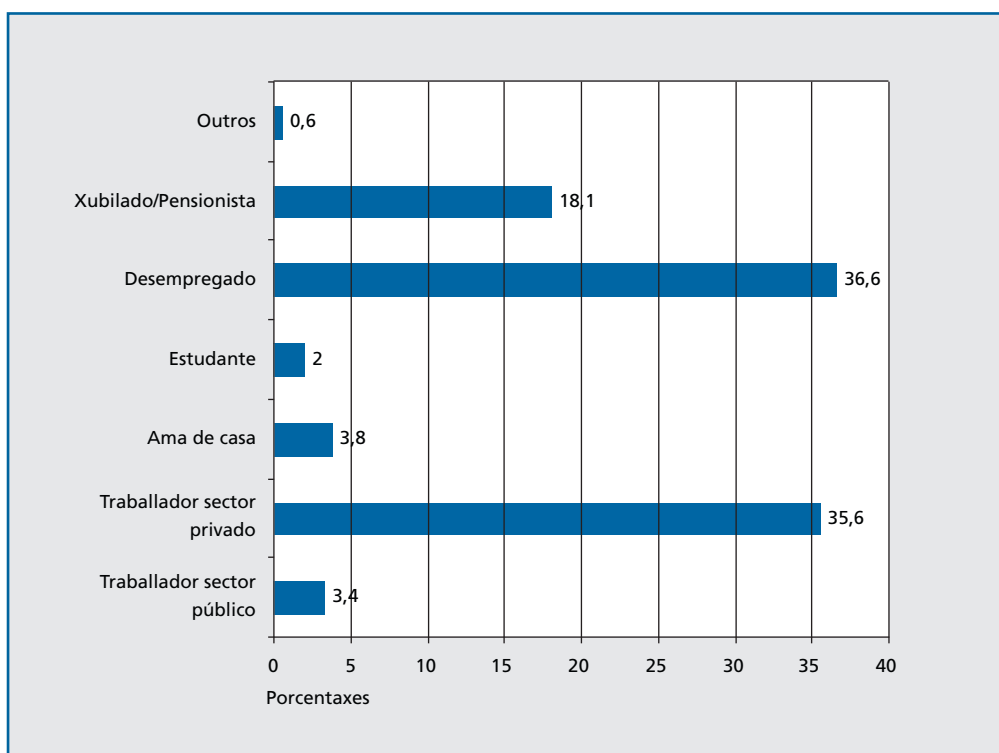
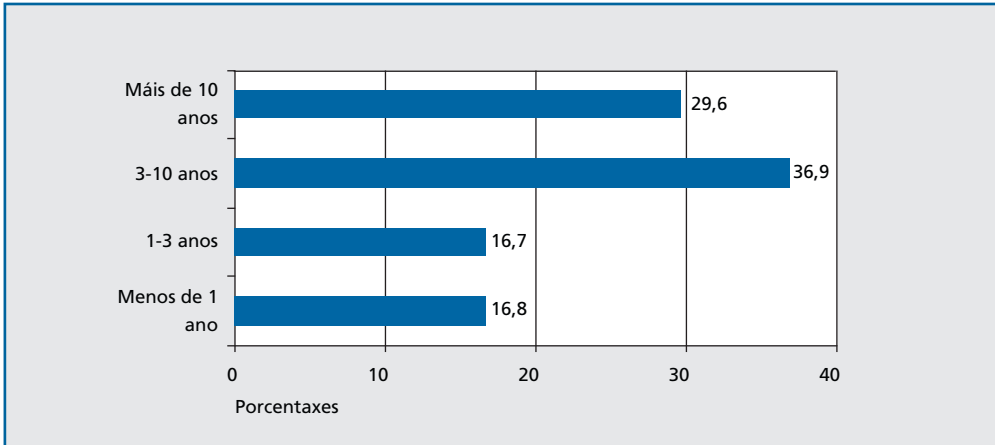


Figura 16.
Distribución da mostra segundo o TEMPO ACUDINDO Á UAD


6.3. Procedemento

O procedemento escollido para a recollida da información, dada a complexidade do tema que se trata e a profundidade das preguntas, foi a entrevista individual. Leváronse a cabo un total de 902 entrevistas, realizadas todas elas nas propias dependencias das UAD, coa autorización e colaboración plena do seu persoal. As entrevistas foron realizadas por un equipo de 6 entrevistadores, todos eles psicólogos e coa debida formación neste tipo de estudos. Foron realizadas de forma individual, polo xeral nun despacho ou sala cerrada, garantindo así a confidencialidade das respostas e potenciando a sinceridade dos entrevistados.

Para a realización das entrevistas utilizouse un cuestionario elaborado especificamente para este estudo, que comezaba cunha pequena introdución encamiñada a lograr a implicación e colaboración dos entrevistados, así como a maior sinceridade posible nas súas respostas. Incluíronse tamén unha serie de cuestións de tipo sociodemográfico e reservouse un espazo para que o entrevistador puidese facer constar calquera tipo de observación ou incidencia, que puidese levar a invalidar algún cuestionario. A duración de cada entrevista era moi variable, aínda que, polo xeral, duraban entre 20 e 25 minutos.

Antes de iniciar o traballo de campo realizouse unha sesión formativa no manexo do cuestionario, co fin de unificar os criterios e o procedemento á hora de recoller a información. Así mesmo, designouse un coordinador de campo para contactar cos responsables de cada centro e programar a recollida da información da forma máis áxil posible, distorsionando ao mínimo a súa actividade diaria. Entre as funcións deste coordinador estaba tamén levar a cabo a revisión puntal dos cuestionarios e a codificación posterior destes.

O número inicial de entrevistas ascendeu a 928, das cales 26 foron rexeitadas por non cumprir os requisitos establecidos ou por distorsionar as cotas prefixadas. O traballo de campo levouse a cabo entre o 9 e o 31 de outubro de 2006.

6.4. Ferramenta de recollida de información

Para a recollida de información deseñouse un cuestionario no que, ademais de datos sociodemográficos e de caracterización do usuario, se inclúe unha escala para avaliar a calidade percibida do servizo. Para a elaboración desta escala seguíronse dúas estratexias complementarias:

- a) **Revisión bibliográfica.** Foron diversas as escalas propostas para medir a calidade percibida no contexto dos servizos sanitarios.
- b) **Experiencia profesional no ámbito das drogodependencias:** a través do convenio entre o PGD e a USC, púidose contar coa colaboración de profesionais con ampla experiencia na asistencia ao drogodependente.

Finalmente, a escala de calidade percibida do servizo nas unidades de atención ao drogodependente utilizada inicialmente, cuxas propiedades psicométricas pretendían poñerse a proba, estruturábase en dúas grandes dimensións do servizo, persoal e instalacións, avaliadas a través de 10 e 4 elementos, respectivamente. As dimensións e os elementos que compoñían a escala inicial recóllense na táboa 2.

Táboa 2. Dimensións e elementos da escala inicial de calidade percibida do servizo

DIMENSIÓN	ELEMENTOS
PERSOAL	1 Trato e amabilidade
	2 Interese do persoal por entender e solucionar o problema
	3 Discreción e confidencialidade
	4 Grao de confianza adquirido co persoal
	5 Información proporcionada polo persoal
	6 Atención recibida e tempo dedicado ao usuario
	7 Traballo realizado co médico
	8 Traballo realizado co/a traballador/a social
	9 Traballo realizado co/a psicólogo/a
	10 Traballo realizado co/a enfermeiro/a
INSTALACIÓNS	11 Situación da UAD
	12 Proximidade da UAD ao lugar de residencia
	13 Amplitude e comodidade das instalacións
	14 Limpeza e hixiene das instalacións

7. RESULTADOS

7. Resultados

7.1. Validación da escala de calidade percibida do servizo

O primeiro obxectivo deste traballo era elaborar unha escala breve e de fácil aplicación, con propiedades psicométricas adecuadas, que lles permitise aos responsables das Unidades de Atención ao Drogodependente avaliar a calidade dos seus servizos dende o punto de vista dos usuarios. Para isto, proxectouse unha escala, froito dunha revisión bibliográfica previa e da experiencia acumulada polos responsables do Plan de Galicia sobre Drogas durante os máis de 20 anos que levan facendo fronte ao problema das drogodependencias, composta por 14 ítems, agrupados en dúas grandes dimensións: *persoal* e *instalacións*.

Para levar a cabo as análises correspondentes para avaliar as características psicométricas da escala, depurouse o ficheiro inicial de datos, eliminando todos aqueles casos que presentaban algún *missing* nos ítems pertencentes á escala. O número total de casos despois da depuración, cos que se realizaron as análises psicométricas, foi de 443.

7.1.1. Descritivos

Como se observa na táboa, a puntuación media para o total da escala é de 4, sobre un total de 5 puntos, resultado que pon de manifesto a existencia dunha valoración xeral positiva do servizo por parte dos usuarios. En termos globais, os elementos da dimensión *persoal* son mellor valorados ca os elementos da dimensión *instalacións*, con medias de 4,15 e 3,61 respectivamente. Ao mesmo tempo, todos os elementos vinculados ao *persoal* obteñen unha valoración superior a 4, mentres que ningún elemento da dimensión *instalacións* chega ao 4.

Polo que se refire á variabilidade, non se aprecian grandes diferenzas entres ambas as dimensións, e sitúanse as desviacións típicas, tanto das dúas dimensións como da escala global, arredor de 0,75.

Táboa 3. Estatísticos descritivos para elementos e dimensións da escala orixinal

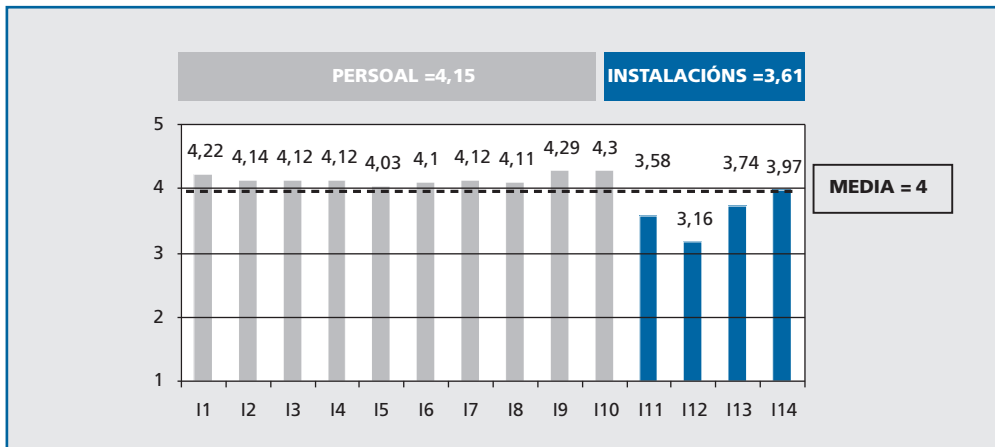
ELEMENTOS DO SERVIZO		Media	Desv. Típica	IHC	α de Cronbach se se elimina o elemento
DIMENSIÓN I: PERSOAL					
Ítem 1	Trato e amabilidade	4,22	0,642	0,693	0,834
Ítem 2	Interese do persoal	4,14	0,734	0,753	0,829
Ítem 3	Discreción e confidencialidade	4,12	0,737	0,642	0,835
Ítem 4	Confianza	4,12	0,717	0,694	0,833
Ítem 5	Información proporcionada	4,03	0,771	0,647	0,835
Ítem 6	Atención e tempo dedicado	4,10	0,718	0,687	0,833
Ítem 7	Traballo co médico	4,12	0,859	0,572	0,839
Ítem 8	Traballo co traballador social	4,11	0,883	0,529	0,842
Ítem 9	Traballo co psicólogo	4,29	0,747	0,526	0,842
Ítem 10	Traballo co enfermeiro	4,30	0,639	0,538	0,842
Subtotal PERSOAL		4.15	0.744		

ELEMENTOS DO SERVIZO		Media	Desv. Típica	IHC	α de Cronbach se se elimina o elemento
DIMENSIÓN II: INSTALACIÓNS					
Ítem 11	Situación da UAD	3,58	0,882	0,250	0,860
Ítem 12	Proximidade da UAD á residencia	3,16	1,104	0,201	0,871
Ítem 13	Amplitude e comodidade	3,74	0,690	0,237	0,857
Ítem 14	Limpeza e hixiene	3,97	0,505	0,301	0,853
Subtotal INSTALACIÓNS		3.61	0.795		
TOTAL ESCALA		4	0.759		

Con relación ao Índice de Homoxeneidade Corrixido (IH_c), que se refire á correlación entre a puntuación en cada ítem e o total corrixido (excluíndo a influencia do ítem en cuestión), apréciase que son os elementos correspondentes á dimensión *instalacións* os que denotan unha menor consistencia destes elementos co resto da escala. Ademais, a consistencia interna da escala non varía substancialmente ao eliminar ningún dos elementos da escala orixinal (Alfa de Cronbach se se elimina o elemento).

Na gráfica recóllense as valoracións medias para cada elemento e dimensión da escala orixinal.

Figura 17.
Medias para os elementos e dimensións da escala orixinal

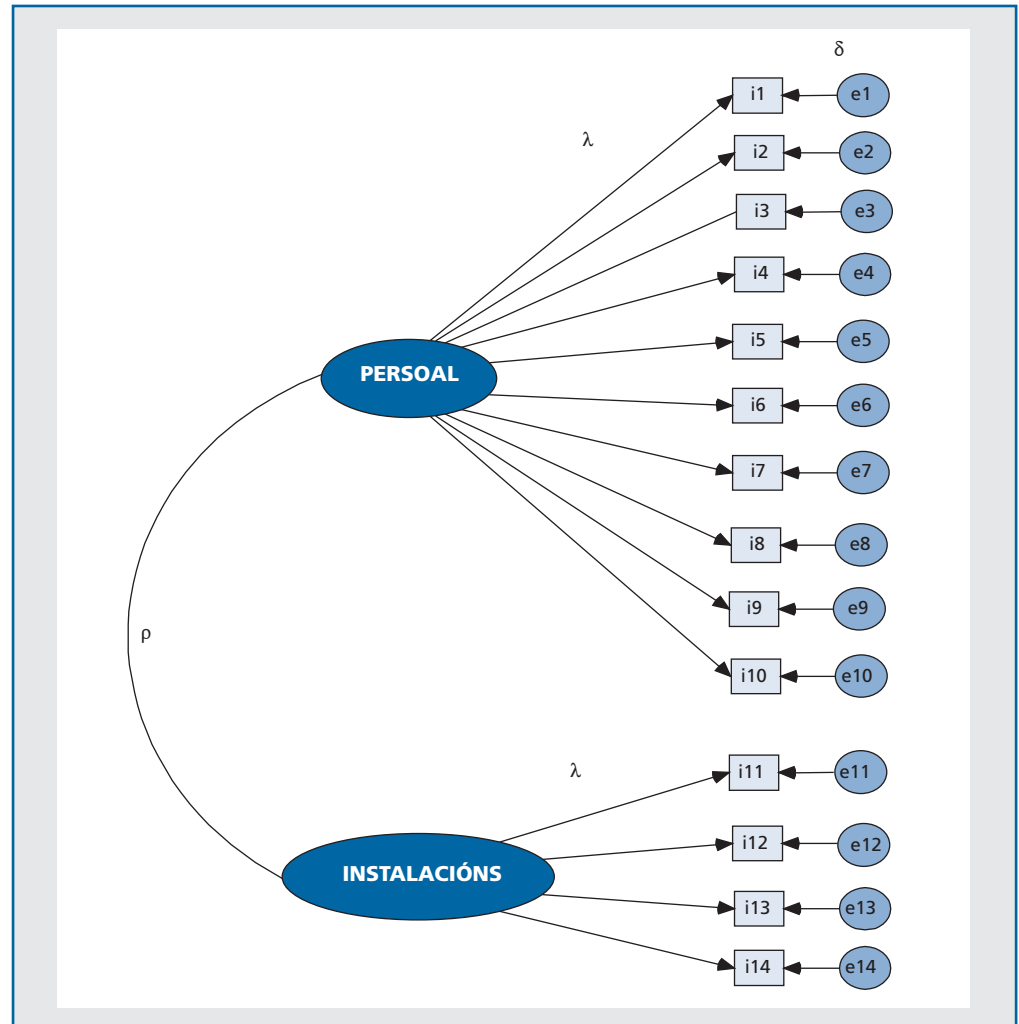


En definitiva, a este primeiro nivel cabe concluír que a calidade percibida do servizo é elevada, maior para a dimensión de *persoal* ca para a de *instalacións*. Ademais, dende o punto de vista psicométrico, constátase que os elementos que conforman a dimensión de *instalacións* (ítems 11, 12, 13 e 14) resultan pouco consistentes co resto de elementos da escala.

7.1.2. Validez de constructo

A validación de constructo levouse a cabo mediante unha Análise Factorial Confirmatoria (AFC) de primeiro nivel, partindo da premisa de que se trata dun constructo multidimensional composto por unha serie de atributos ou indicadores (ítems), definidos por varias dimensións latentes. Inicialmente especificouse un modelo factorial de dúas dimensións: *persoal* (10 ítems) e *instalacións* (4 ítems). Este modelo quedaría especificado graficamente como se recolle na figura 18.

Figura 18.
Estrutura factorial da escala inicial



Matricialmente, o modelo defínese conforme ás ecuacións básicas para os modelos de medida con variables exógenas:

$$X = \Lambda_x \varepsilon + \delta$$

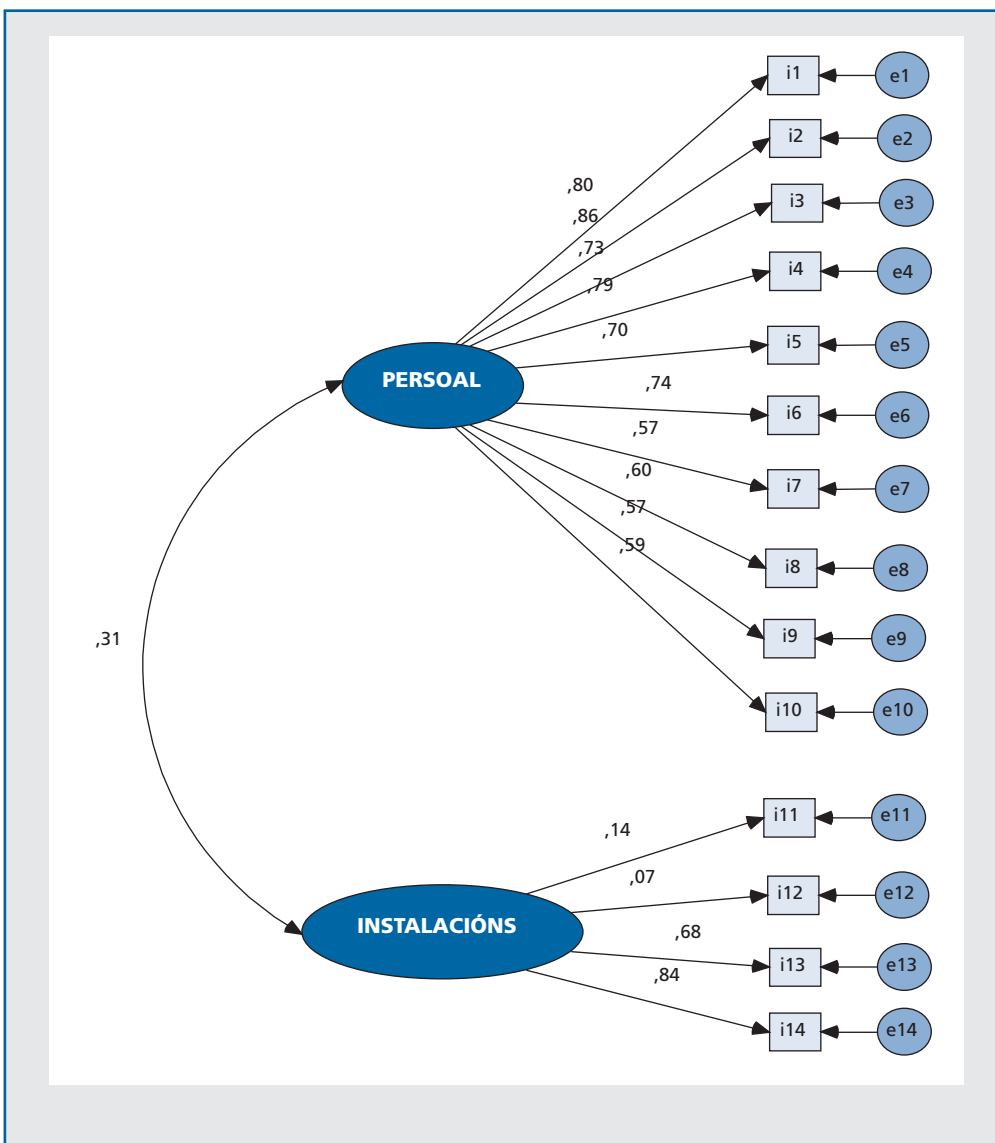
Na táboa seguinte detállanse as características das matrices implicadas no modelo.

MATRIZ	Parámetro	Dimensións	COVARIANZAS	Dimensións	DESCRICIÓN
ε	ε (ksi)	N x 1	$\phi = E(\varepsilon\varepsilon')$	n x n	Variábeis latentes exógenas
X	x	Q x 1	$\Sigma = E(XX')$	q x q	Variábeis observables exógenas
Λ_x	λ (lambda)	Q x n			Cargas factoriais de X sobre ε
δ	δ (delta)	Q x 1	$\theta = E(\delta\delta')$	q x q	Erros de medida de X

Táboa 4. Descrición das matrices presentes no modelo (Rial, Varela, Abalo e Lévy, 2006)

Para a estimación dos parámetros do modelo, utilizouse o método de máxima verosimilitude, que, ademais de ser o máis común na análise de estruturas de covarianzas, proporciona estimacións consistentes, eficientes e non parciais e, cun tamaño de mostra como o noso ($n=443$), é capaz de facilitar a converxencia das estimacións cos parámetros, aínda en presenza de non-normalidade (Bollen, 1989). As análises foron realizadas mediante o programa Amos 6, implantado no paquete estatístico SPSS.

Na figura 19 preséntanse as estimacións estandarizadas do modelo inicial, e na táboa 5 recóllense diferentes medidas de axuste entre o modelo teórico e os datos empíricos.

**Figura 19.
 Parámetros estimados estandarizados (modelo inicial)**


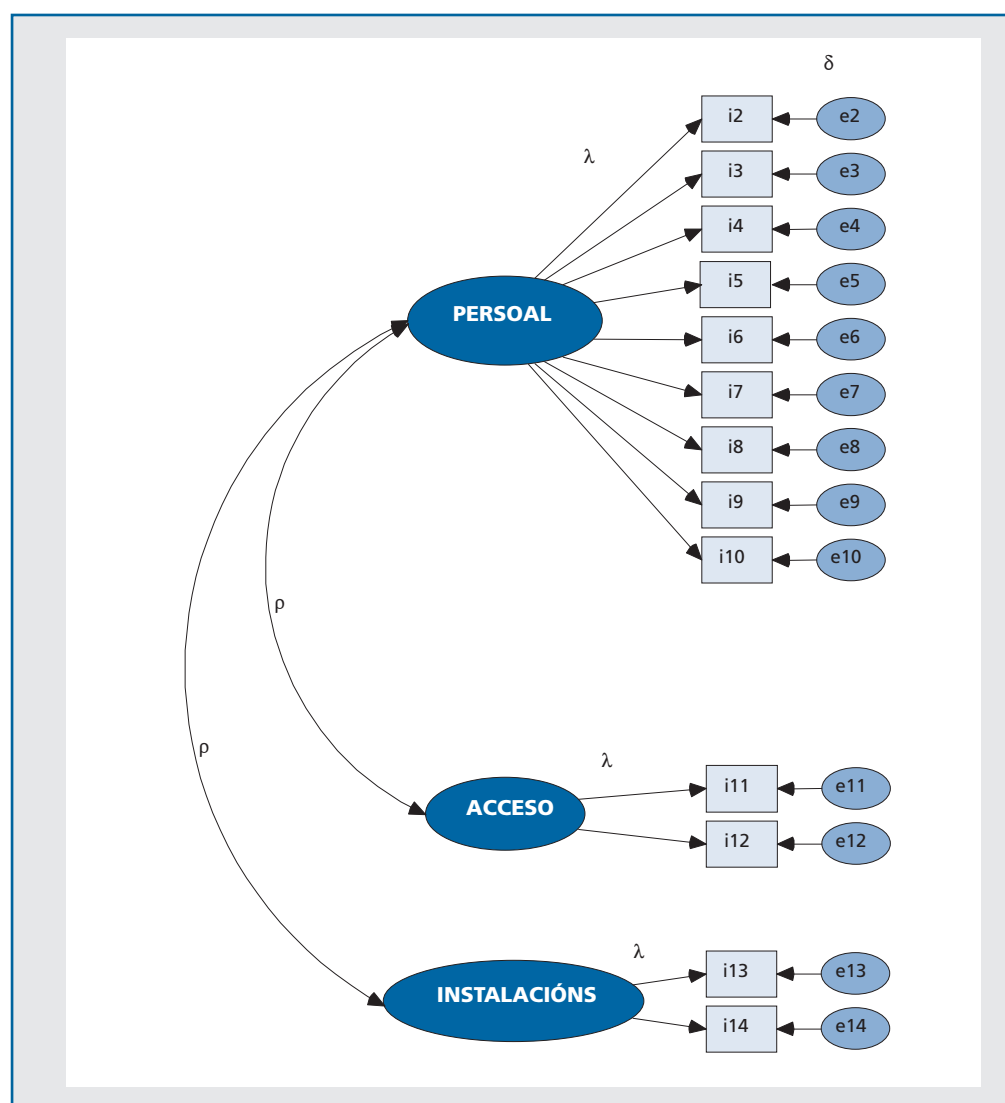
Táboa 5. Índices de bondade de axuste (modelo inicial)

	χ^2	gl	p	NFI	CFI	GFI	RMSEA
Modelo inicial	311.574	76	<.001	.880	.906	.905	.084

Como se pode observar, tanto o χ^2 como o resto dos índices considerados amosan un pobre axuste do modelo aos datos empíricos. En concreto, o valor de NFI, CFI e GFI non chegan ao límite de 0,9 recomendable (Rial, Varela, Abalo e Lévy, 2006), mentres que o RMSEA supera o límite de 0,05, o que aconsella reespecificar o modelo nos termos oportunos. A dita reespecificación efectuouse con base nos tres criterios: (1) a significatividade das cargas factoriais, (2) a información proporcionada pola matriz residual e (3) os índices de modificación ofrecidos polo programa.

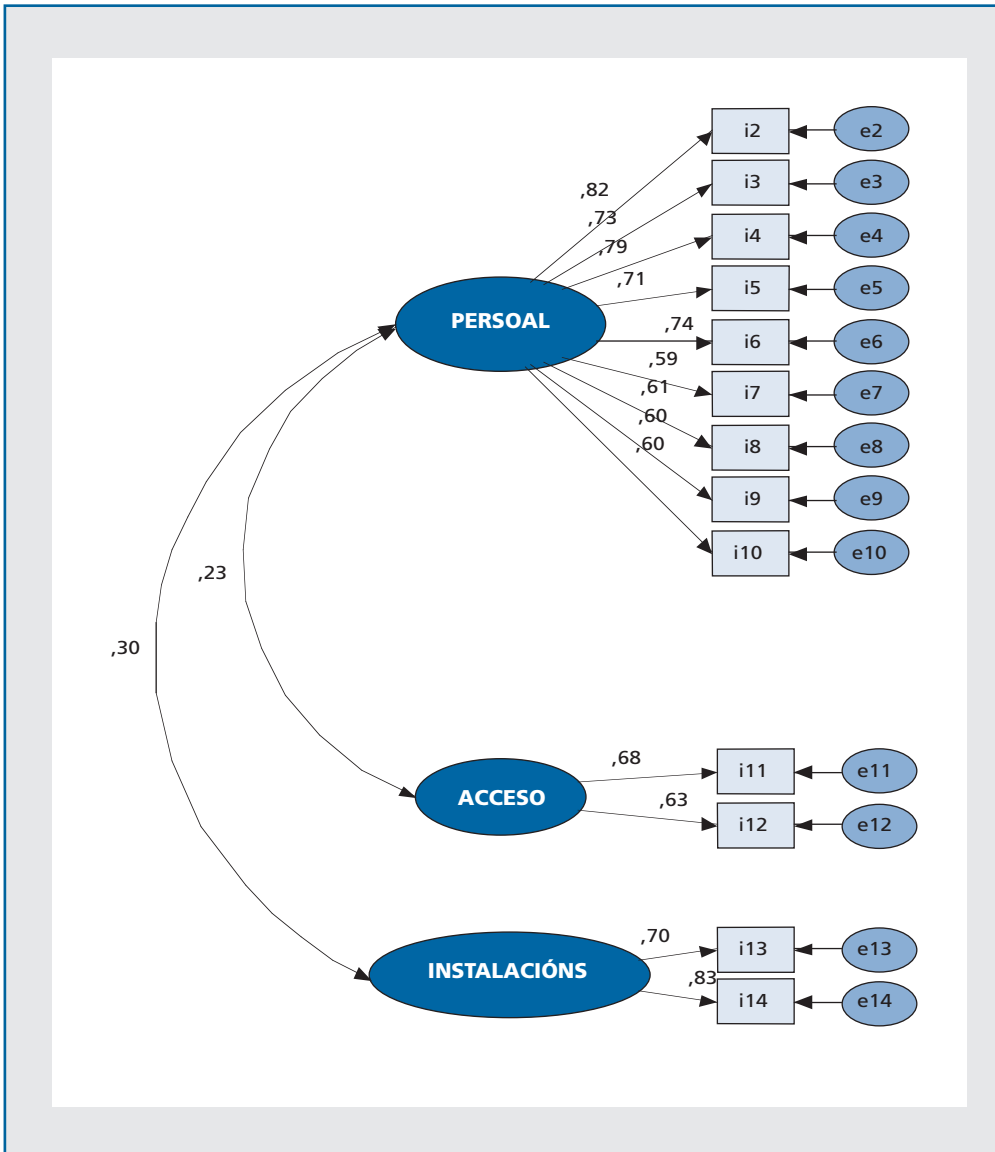
As modificacións realizáronse de forma progresiva, ata obter unha estrutura composta por tres dimensións (persoal, acceso e instalacións) e 13 elementos. Esta estrutura recóllese na figura 20.

Figura 20. Estrutura factorial do modelo reespecificado



A figura 21 recolle os parámetros estandarizados estimados para o modelo reespecificado.

Figura 21.
Parámetros estimados estandarizados (modelo reespecificado)



Na táboa 6 móstranse comparativamente os indicadores de bondade de axuste alcanzados para o modelo inicial e o reespecificado.

Táboa 6. Índices de bondade de axuste (modelo inicial e reespecificado)

	χ^2 gl	p	NFI	CFI	GFI	RMSEA
Modelo inicial	311.574 76	<.001	.880	.906	.905	.084
Modelo reespecificado	142.372 63	<.001	.934	.962	.954	.053

Como se observa na táboa anterior, o valor do estatístico χ^2 segue sendo significativo, aínda que se produce un descenso importante no seu valor ($\Delta \chi^2=169.202$; $p<.001$). Convén advertir que, a pesar da súa ampla difusión, se trata dun contraste que tende a informar dun mal axuste cando a mostra supera as 200 observacións, polo que adoita recomendarse considerar sempre índices de axuste complementarios, tal e como se recollen na táboa. En concreto, constátase unha melloría xeneralizada nos ditos índices. O NFI, CFI e GFI superan amplamente o límite de 0,9, mentres que o RMSEA está próximo ao límite de 0,05. Estes resultados denotan un axuste máis que aceptable do modelo reespecificado.

7.1.3. Fiabilidade

A fiabilidade da escala foi calculada a través da súa consistencia interna, mediante o coeficiente α de Cronbach. Na táboa 7 móstrase o resultado obtido para a escala global, así como para cada unha das dimensións.

Táboa 7. Fiabilidade da escala

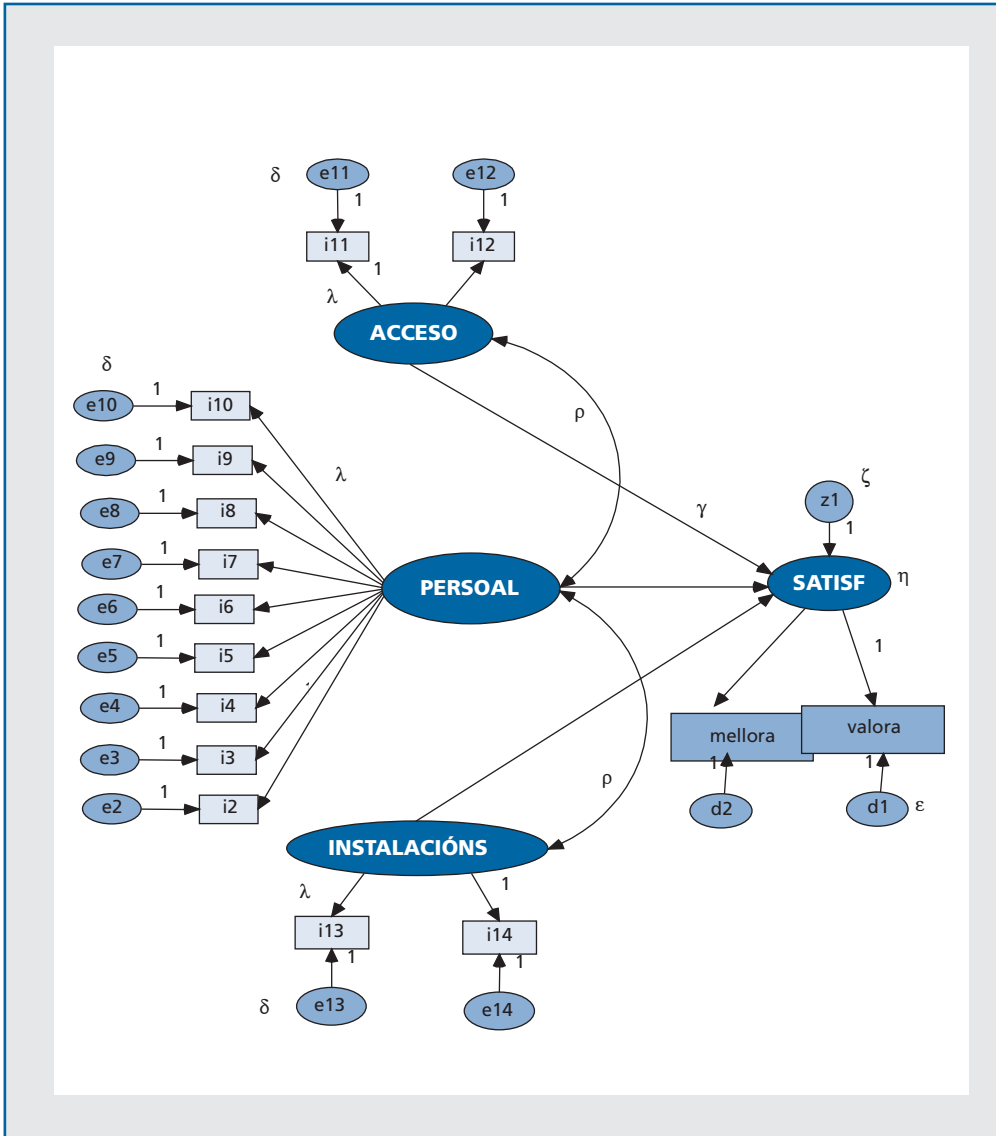
	PERSONAL	ACCESO	INSTALACIÓNS	GLOBAL
α de Cronbach	.888	.589	.709	.834

Os valores resultantes poden considerarse aceptables, destacando os obtidos para a dimensión de *personal*, o que reforza a idea de que os seus indicadores logran capturar mellor o constructo subxacente. Os valores menores en consistencia interna obtidos para as outras dúas dimensións (*acceso* e *instalacións*) poderían explicarse porque están representadas cada unha exclusivamente por dous indicadores.

En definitiva, chegados a este punto, é plausible afirmar que a medida da que dispoñemos para avaliar a calidade percibida do servizo ofrecido nos centros de atención aos drogodependentes posúe unhas propiedades psicométricas altamente satisfactorias, tanto dende o punto de vista da fiabilidade como da súa validez de constructo. As análises levadas a cabo ata aquí permiten contar cunha medida parsimoniosa do constructo e as súas dimensións, xa que a escala se compón unicamente de 13 ítems.

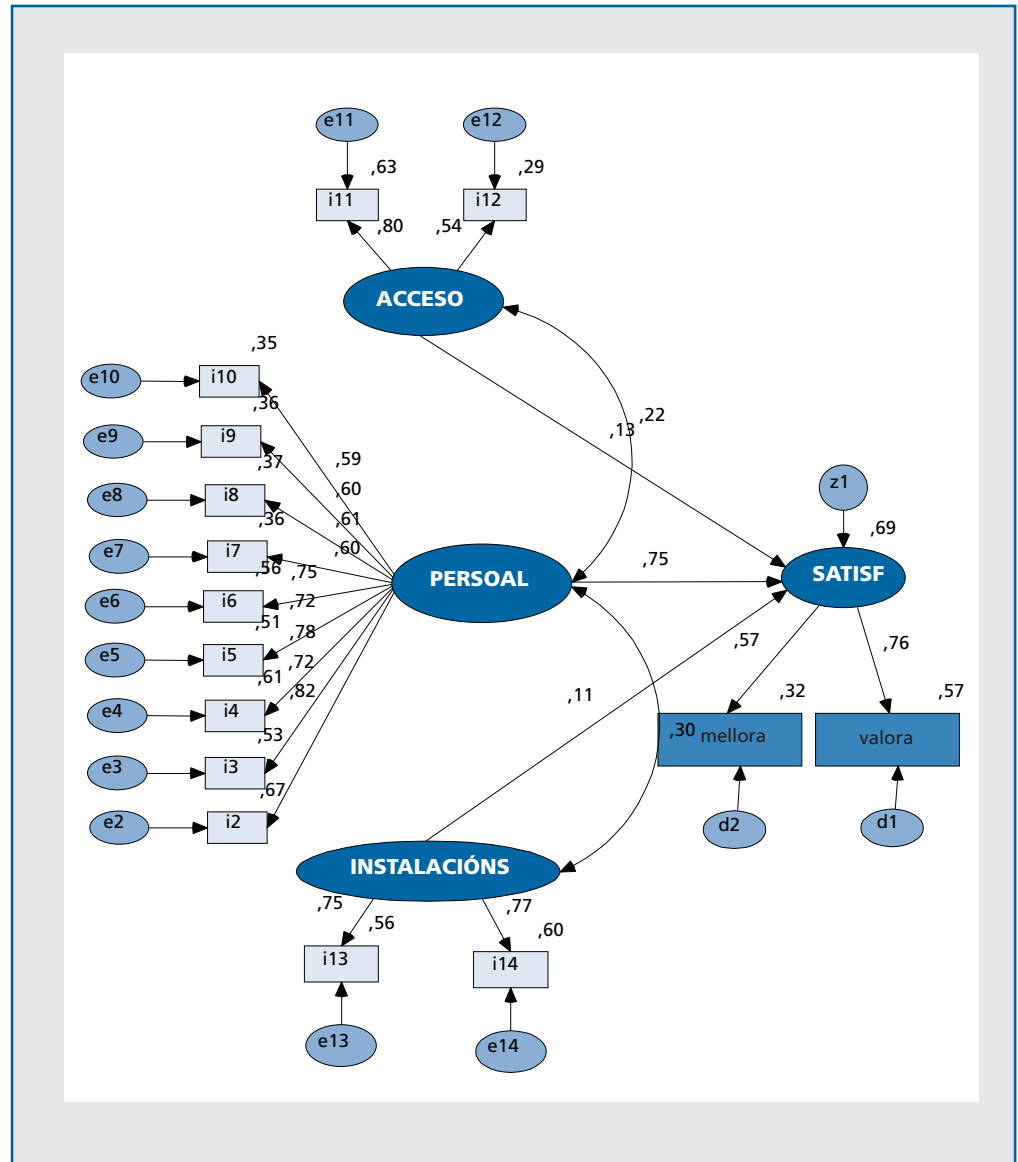
7.2. Análises da relación entre calidade percibida e satisfacción

Tal e como se describiu na parte teórica deste traballo, é posible explicitar unha relación directa entre calidade percibida do servizo e satisfacción do usuario. Nesta epígrafe intentouse poñer a proba esta hipótese. Para isto levouse a cabo un *path analysis* a partir do modelo reespecificado na epígrafe 7.2.1, ao que se incorporaron dous indicadores directos da satisfacción dos usuarios: a valoración global da experiencia na UAD e a valoración da mellora experimentada. Na figura seguinte recóllese o modelo causal.

**Figura 22.
 Modelo causal calidade percibida – satisfacción**


A análise levouse a cabo co programa AMOS 6.0, utilizando como procedemento de estimación o método de máxima verosimilitude. Os resultados recóllense na figura 23 e na táboa 8.

Figura 23.
Parámetros estimados estandarizados do modelo causal



Táboa 8. Índices de bondade de axuste para o modelo causal

	χ^2	gl	p	NFI	CFI	GFI	RMSEA
Modelo causal	185.45	85	<.001	.926	.958	.954	.052

A análise detallada dos parámetros reflicte que as tres dimensións (*persoal*, *acceso* e *instalacións*) permiten explicar o 69% da varianza da satisfacción ($R^2= 0.69$), sendo, sen lugar a dúbidas, a dimensión de *persoal* a que mellor predí a satisfacción dos usuarios ($\beta=0.75$). As dimensións de *acceso* e *instalacións* ($\beta=0,13$ e $\beta=0,11$, respectivamente), a pesar de ser relevantes na configuración da calidade percibida do servizo, como poñen de manifesto os

resultados da análise factorial confirmatoria, perden protagonismo na predición da satisfacción final dos usuarios (valoración global da experiencia e da mellora).

Todos os parámetros estimados son significativos. O axuste do modelo aos datos empíricos é satisfactorio, como se reflicte nos índices de bondade de axuste recollidos na táboa 8.

En resumo, podemos concluír que a ferramenta de medida da calidade percibida elaborada, ademais de presentar as características psicométricas adecuadas, resulta fiable á hora de predicir a satisfacción dos usuarios dos centros de atención aos drogodependentes.

7.3. Diagnóstico inicial do servizo ofrecido nas UAD dende a perspectiva do usuario

Unha vez validada a escala da calidade percibida do servizo, estamos en disposición de realizar unha primeira aproximación á valoración que os usuarios fan do servizo dispensado nas Unidades de Atención ao Drogodependente que forman parte da rede do Plan de Galicia sobre Drogas.

7.3.1. A calidade percibida do servizo

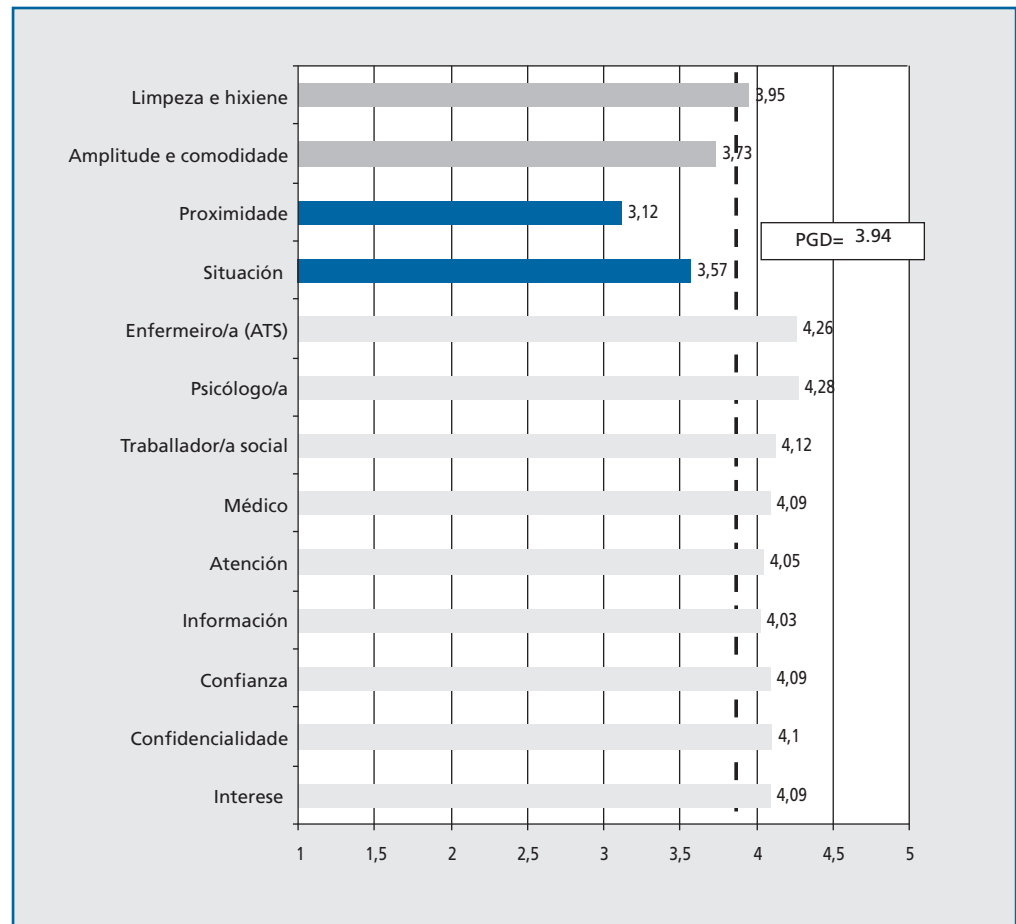
En primeiro lugar, avalíouse a valoración da calidade do servizo que fan os usuarios das UAD, de forma global e por dimensións. Os resultados recóllense nas táboas e figuras que se presentan a continuación.

Na táboa 9 recóllense as valoracións medias para cada elemento específico da escala de avaliación da calidade percibida do servizo. Esta mesma información ilústrase de forma gráfica na figura 24.

Táboa 9. Valoración media dos elementos específicos

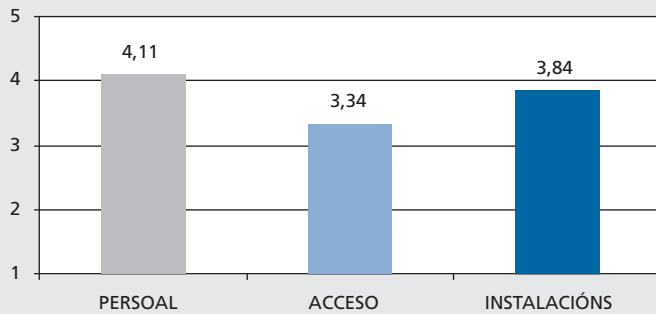
		Media	D. típica
PERSOAL	INTERESE	4,09	0,79
	CONFIDENCIALIDADE	4,10	0,78
	CONFIANZA	4,09	0,99
	INFORMACIÓN	4,03	0,97
	ATENCIÓN	4,05	0,71
	MÉDICO	4,09	0,90
	TRABALLADOR/A SOCIAL	4,12	0,89
ACCESO	PSICÓLOGO/A	4,28	0,78
	ENFERMEIRO/A (ATS)	4,26	0,68
	SITUACIÓN	3,57	0,85
INSTALACIÓNS	PROXIMIDADE	3,12	1,11
	AMPLITUDE e COMODIDADE	3,73	0,70
	LIMPEZA e HIXIENE	3,95	0,55
TOTAL	PGD	3,94	0,46

Figura 24.
Valoracións medias para cada elemento



A valoración media da calidade percibida para o total das UAD do PGD é de 3,94, nunha escala de 1 a 5, polo que podemos afirmar que os usuarios fan unha valoración bastante positiva do servizo que reciben nestes centros. Se analizamos esta medida para cada elemento específico avaliado, podemos observar que todos eles superan o 3 (punto medio da escala). A mellor valoración corresponde aos ítems de *Traballo realizado co psicólogo* ($\bar{x}=4.28$) e *Traballo realizado co enfermeiro* ($\bar{x}=4.26$). Pola contra, é o elemento que fai referencia á *Proximidade á UAD ao lugar de residencia*, o que presenta unha peor valoración ($\bar{x}=3.12$), a pesar de que é o ítem con maior variabilidade nas respostas ($S_x = 1.11$).

Se analizamos a situación segundo as dimensións da calidade percibida, chama a atención que todos os elementos da dimensión de *persoal* teñen unha valoración media superior a 4, mentres que os elementos correspondentes ás outras dúas dimensións obteñen todos unha valoración media por debaixo do 4. Esta situación reflíctese tamén na valoración media para cada dimensión, como se recolle na figura seguinte.

**Figura 25.
 Calidade percibida das dimensións xerais**


As tres dimensións obteñen unha valoración media por encima do 3. Non obstante, é a dimensión de *persoal*, a que obtén a maior valoración media (4,11), seguida de *instalacións* (3,84) e, por último, a dimensión con peor valoración é a de *acceso* (3,34).

Ademais de avaliar a calidade percibida dos usuarios a través da valoración dos elementos específicos que configuran este constructo, incluíronse no cuestionario dous indicadores da satisfacción global dos usuarios a valoración global da experiencia na UAD e a valoración da mellora experimentada. Os resultados referentes a estes indicadores recóllense nos gráficos que se presentan a continuación.

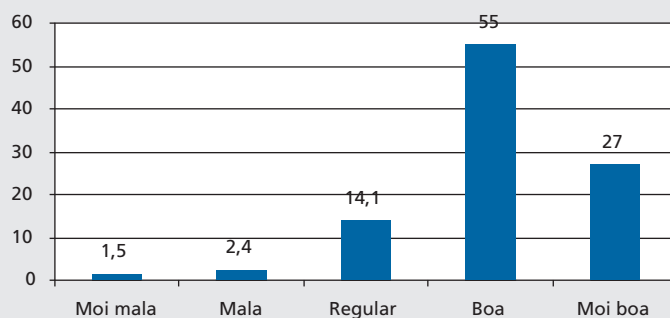
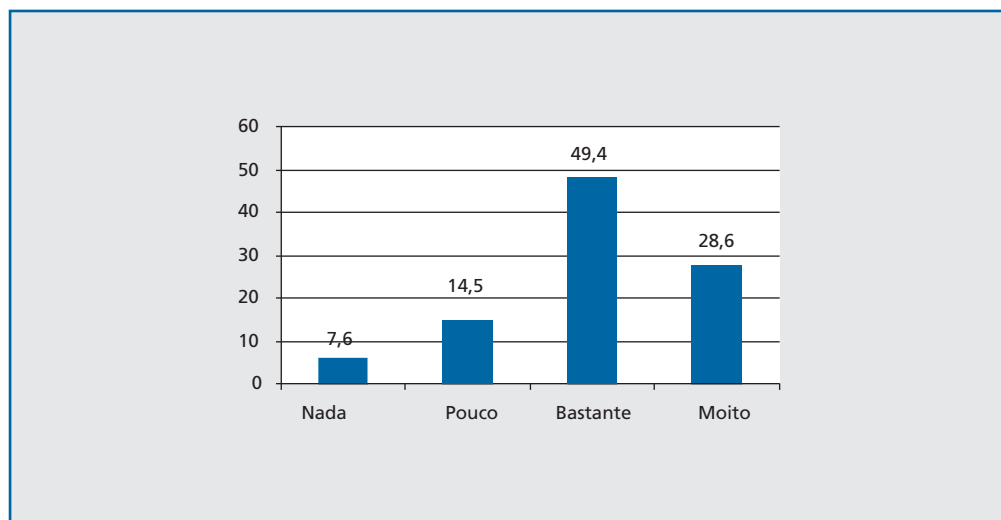
**Figura 26.
 Valoración global da experiencia na UAD**


Figura 27.
Valoración da mellora experimentada tras a experiencia na UAD

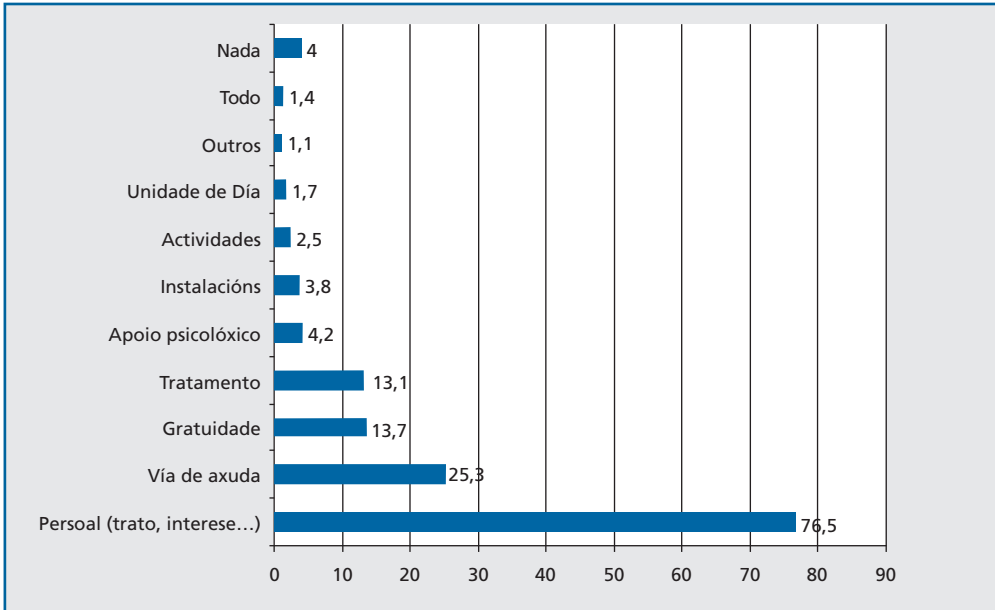


Prácticamente a totalidade dos usuarios entrevistados valoran a súa experiencia na UAD positivamente, como *boa* (55%), *moi boa* (27%) ou *regular* (14,1%). Non chegan ao 4% os usuarios entrevistados que avalían de forma negativa a experiencia na UAD, valorándoa como *mala* un 2,4% e como *moi mala* un 1,5%.

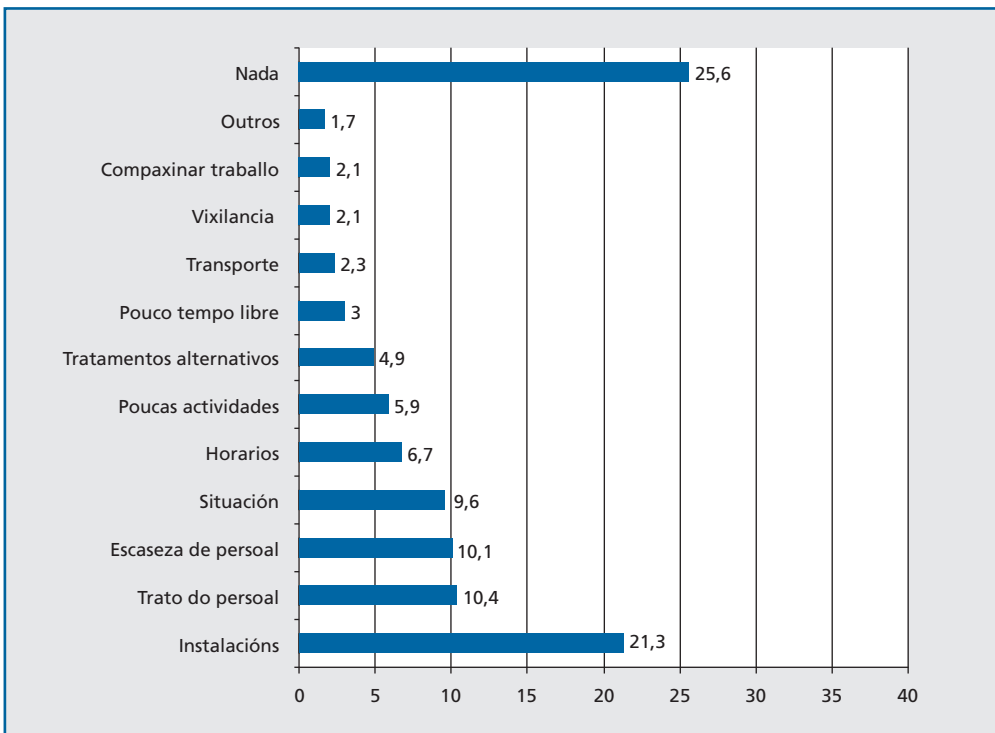
Polo que respecta á valoración da mellora experimentada polos usuarios, o 78% da mostra asegura que mellorou *bastante* (49,4%) ou *moito* (28,6%). Existe, non obstante, un 7,6% que cre que non experimentou ningunha mellora dende que acode á UAD.

Outra cuestión incluída no cuestionario facía referencia a se o entrevistado lle recomendaría a UAD a alguén co mesmo problema, ao que un 94% dos usuarios respondeu que si. O 6% restante que deu unha contestación negativa a esta pregunta xustificou a súa resposta fundamentalmente co trato do persoal o co descontento co tratamento.

A continuación, afondouse nos elementos das UAD que se valoraban positivamente, de forma xeral para todas as UAD. Os resultados obtidos preséntanse na figura 28. Como se pode observar nela, o elemento mellor valorado é, sen dúbida, o *persoal* (o trato co usuario, o interese manifestado polos seus problemas...), que é mencionado por máis do 75% dos entrevistados. Outros aspectos valorados positivamente son a *axuda prestada*, o *tratamento ofertado*, así como a *gratuidade* deste.

**Figura 28.
 Aspectos positivos das UAD**


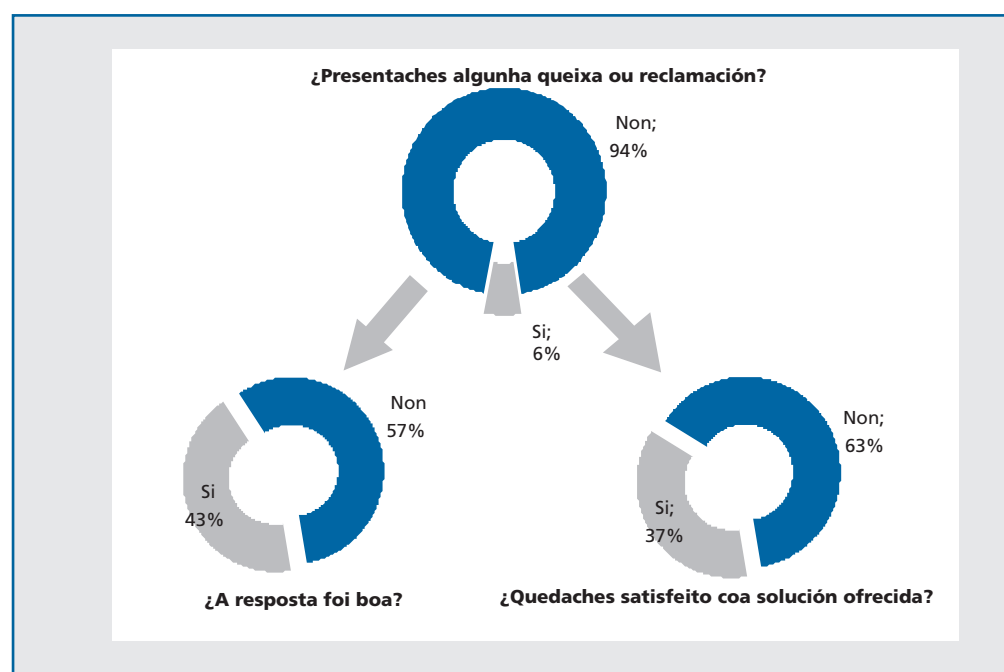
Por outro lado, era necesario indagar nos aspectos que os usuarios consideraban necesario mellorar para ofrecer un servizo de calidade. Neste sentido, cómpre destacar que *nada* foi a resposta que se repitiu con maior frecuencia entre os usuarios (25,6%).

**Figura 29.
 Aspectos que cómpre mellorar das UAD**


Non obstante, si cómpre sinalar varios elementos que precisan dalgunha mellora. Entre eles destacan as *instalacións* (21,3%), a *escaseza de persoal* (10,1%) ou a *situación* (9,6%). Chama a atención que o *persoal*, sendo o aspecto mellor valorado de forma xeral, tamén aparece mencionado como aspecto que cómpre mellorar cunha frecuencia importante (10,4%), o que non fai máis que poñer de manifesto a gran variabilidade que existe nunha dimensión tan relevante para a satisfacción dos usuarios como é o *persoal*.

Como última cuestión para avaliar a calidade percibida global preguntouse polas queixas ou reclamacións presentadas. Os resultados preséntanse na figura seguinte.

Figura 30.
Queixas e reclamacións presentadas, avaliación da resposta e satisfacción con esta



Soamente un 6% dos usuarios entrevistados presentara nalgunha ocasión algunha queixa ou reclamación en relación co servizo na UAD, dos cales un 57% valora de forma negativa a resposta obtida, e só un 37% quedou satisfeito coa solución ofrecida. Neste sentido, parece este un aspecto que debería terse en conta de cara á mellora da calidade do servizo, a pesar de que non sexan moitas as queixas presentadas.

7.3.2. O acceso ao servizo

Logo dunha valoración global da calidade percibida do servizo, pretendeuse avaliar tamén a accesibilidade do servizo dende distintos puntos de vista: aspectos referidos ao primeiro contacto coa UAD, dificultades para acceder a ela, valoración dos días e horario de atención e estancias noutras UAD, comunidades terapéuticas ou centros de día.

O primeiro contacto coa UAD avalíouse a través de distintos indicadores, cuxos resultados se presentan nas figuras que seguen.

Figura 31.
¿Como te enteraches da existencia da UAD?

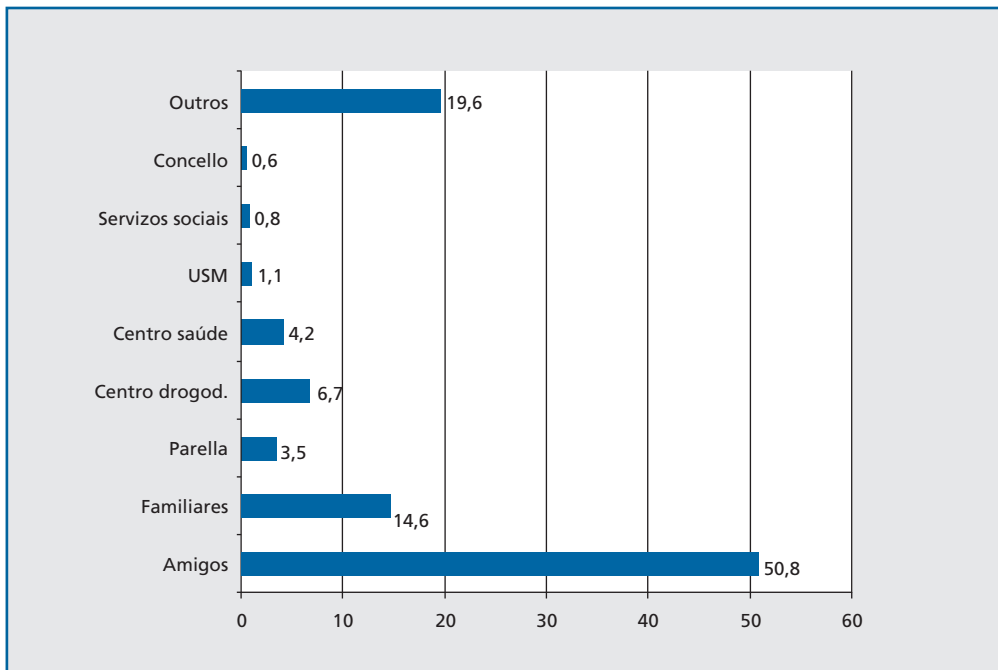


Figura 32.
¿Quen te animou a ir?

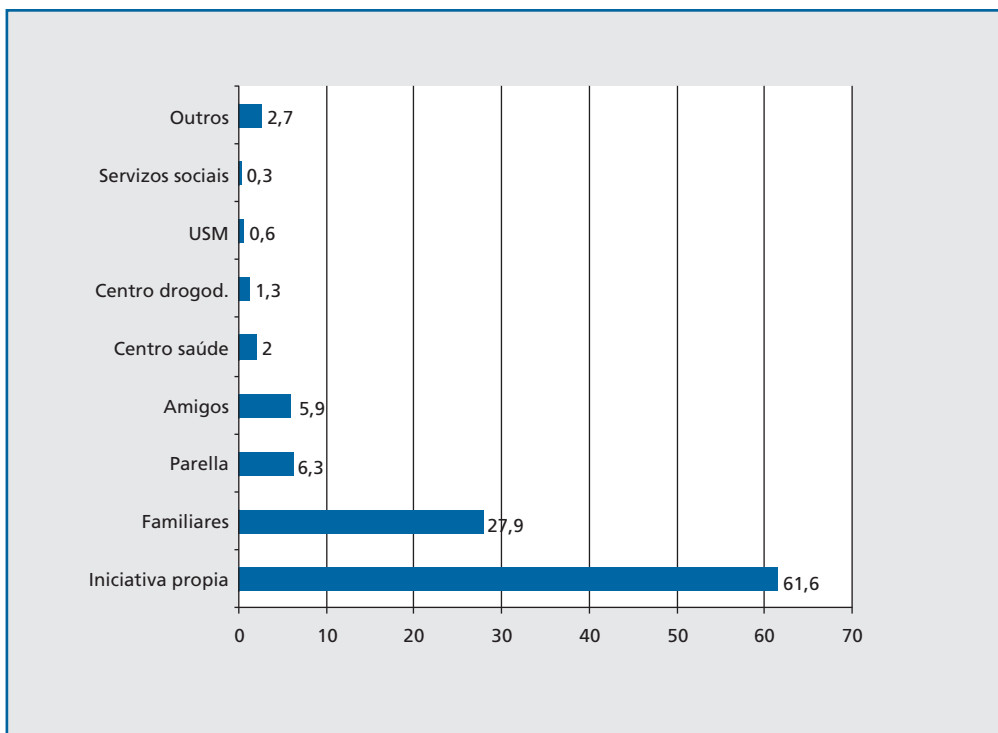


Figura 33.
¿Cales son os motivos que te animaron a ir?

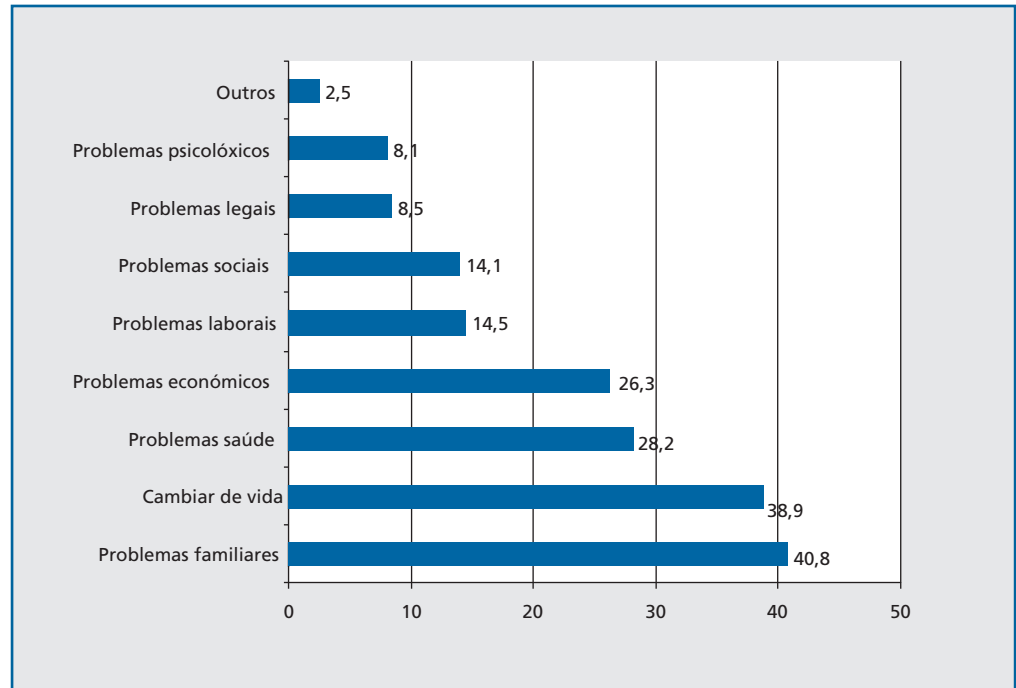
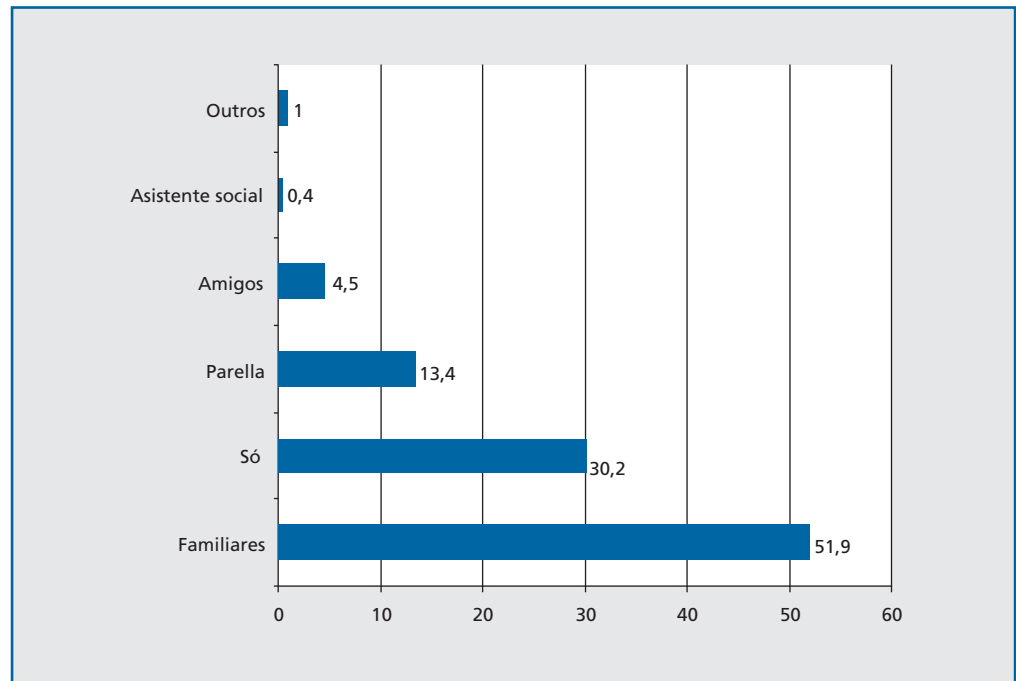
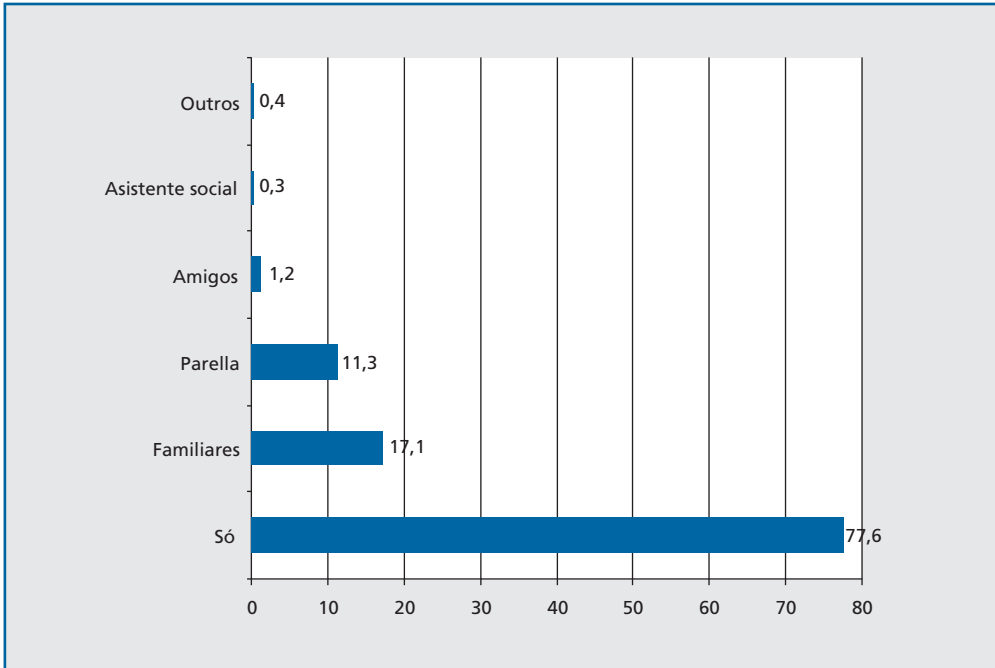


Figura 34.
¿Con quen acudiches o primeiro día?



**Figura 35.
 ¿Con quen acodes habitualmente?**


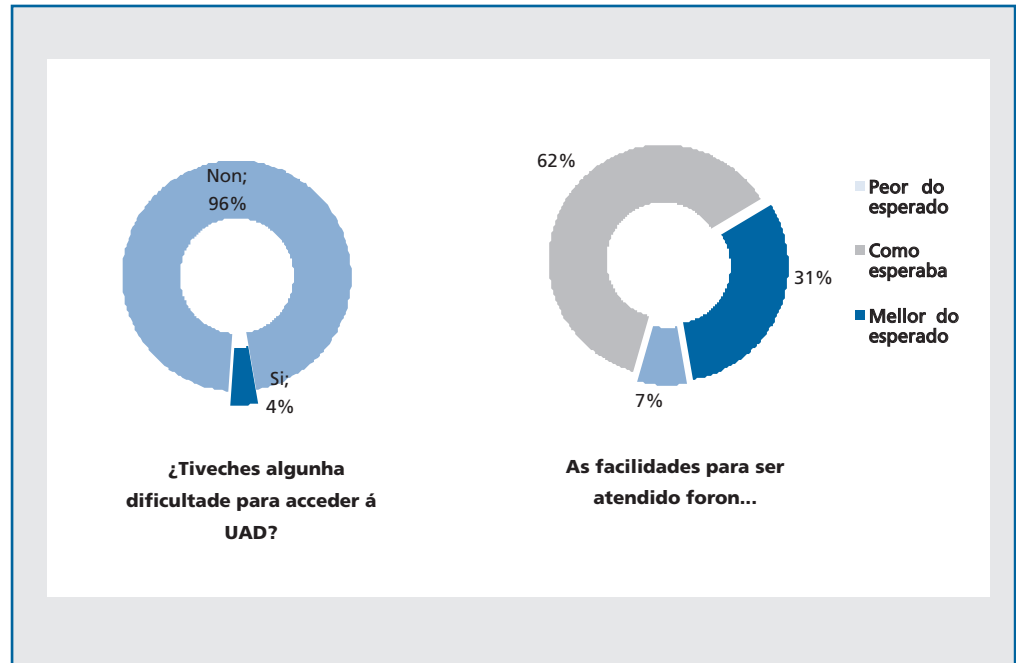
Como se pon de manifesto nestas figuras, son os *amigos* (50,8%) e os *familiares* (14,6%) os que lles proporcionan a primeira información sobre as UAD aos usuarios. Non obstante, parece que, maioritariamente, os usuarios deciden ir á UAD por *iniciativa propia* (61,6%), aínda que os *familiares* (27,9%), a *parella* (6,3%) e os *amigos* (5,9%) tamén exercen influencia neles para decidirse a acudir por primeira vez.

Os motivos que fan que os drogodependentes tomen a decisión de acudir á UAD fan referencia a distintos tipos de problemas que sofren, non excluíntes os uns dos outros: *familiares* (40,8%), *de saúde* (28,2%), *económicos* (26,3%), *laborais* (14,5%), *sociais* (14,1%), *legais* (8,5%) ou *psicolóxicos* (8,1%). Ademais, existe un 38,9% de usuarios que manifestan que acudiron co obxectivo de *cambiar de estilo de vida*.

A persoa que, con máis frecuencia, adoita acompañar ao drogodependente o primeiro día é un *familiar* (51,9%), a pesar de que tamén un 30,2% manifesta que acudiu só. Non obstante, habitualmente os usuarios acoden só á UAD (77,6%).

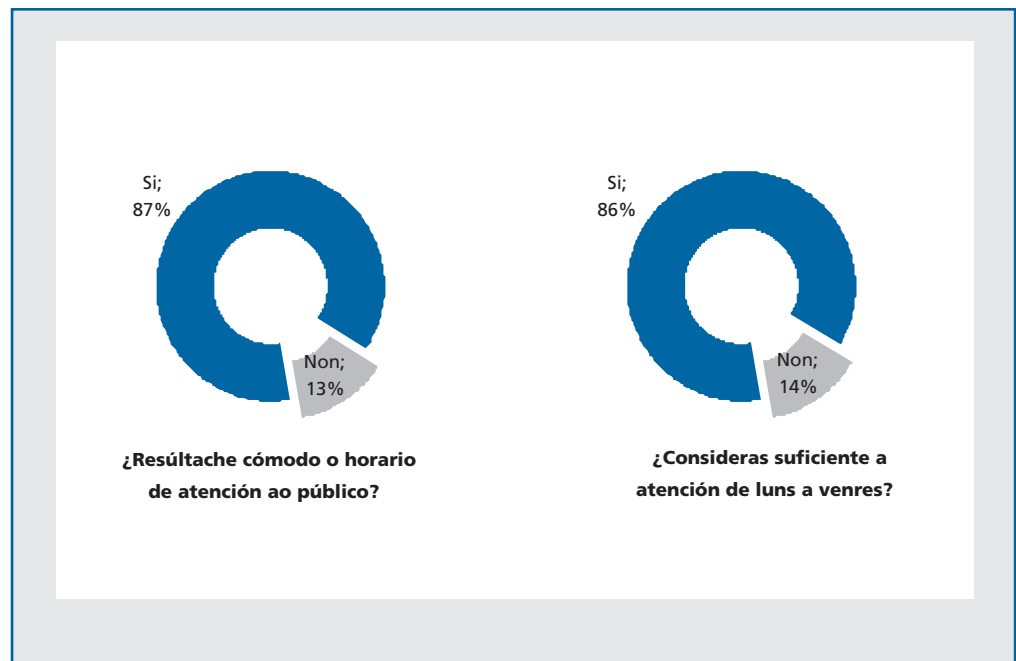
En segundo lugar, valoráronse as **dificultades para acceder á UAD**. Practicamente a totalidade da mostra entrevistada non tivo ningunha dificultade para acceder á UAD (96%), e as facilidades para ser atendido son valoradas maioritariamente dentro do esperado (62%), a pesar de que existe un 7% que considera que as facilidades para que o atendesen foron peor do que esperaba.

Figura 36.
Valoración das dificultades para acceder á UAD



A valoración do horario de atención ao público é bastante boa, de forma que un 87% dos usuarios entrevistados considera cómodo este horario. O mesmo ocorre cos **días de atención**, onde o 86% da mostra considera suficiente a atención na UAD de luns a venres.

Figura 37.
Valoración do horario e os días de atención ao público das UAD



Por último, tívose en conta o feito **de ter acudido con anterioridade a outra UAD, a unha comunidade terapéutica ou a un centro de día**. Preséntanse de forma separada os resultados para os usuarios que acudiran a outra UAD, e os que acudiron a unha comunidade terapéutica ou centro de día.

Do total da mostra consultada, un 23% acudira a outra UAD. O motivo máis frecuente de abandono da UAD anterior é o cambio de domicilio (54,6%). Esta información recóllese na figura 38.

Figura 38.
Asistencia anterior a outra UAD e motivos de abandono

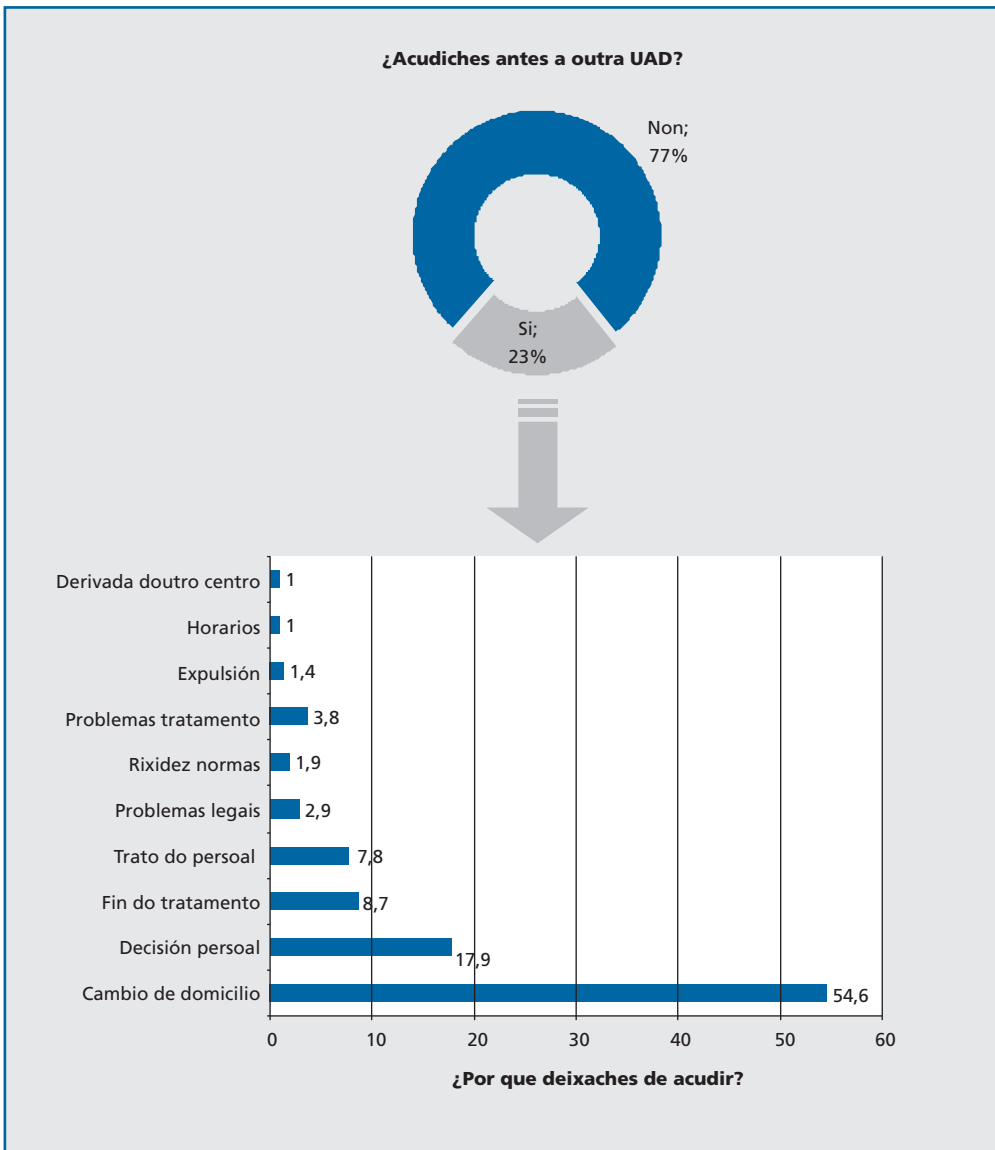
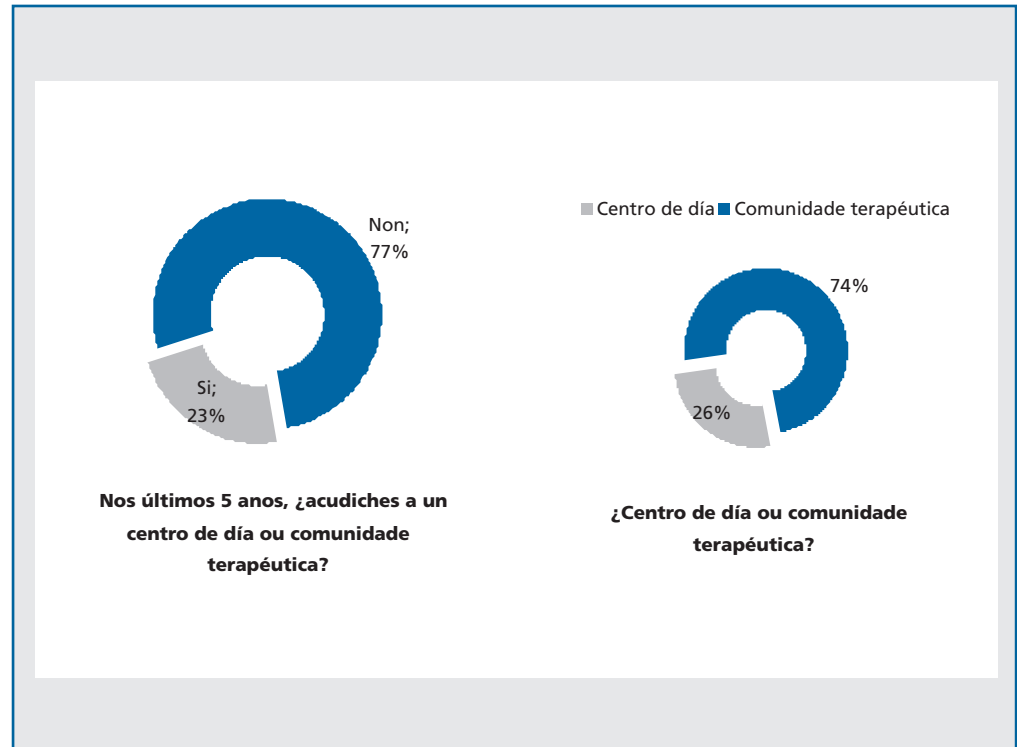


Figura 39.
Asistencia anterior a unha comunidade terapéutica ou centro de día



Como se observa na figura anterior, un 23% dos usuarios das UAD entrevistados acudira con anterioridade a outro tipo de dispositivo asistencial do circuito terapéutico, dos cales un 74% estivera nunha comunidade terapéutica e o restante 26% asistira a un centro de día.

8. DISCUSIÓN E RESULTADOS

8. Discusión e resultados

O coñecemento das percepcións e necesidades dos usuarios é unha das prioridades de calquera organización para lograr a mellora continua da calidade do servizo proporcionado. Coñecer as dimensións que valora o usuario, así como entender, medir e controlar o fenómeno da calidade, é esencial para a toma de decisións estratéxicas baseadas na evidencia. Tamén o é nun servizo sanitario de carácter público, como o son os centros de atención aos drogodependentes, onde a calidade percibida incide directamente no comportamento saudable dos usuarios, fomentando a confianza no servizo e favorecendo a interacción co persoal, a adherencia ao tratamento e a redución dos recursos sanitarios xerais, beneficios claros para a optimización a longo prazo dos recursos públicos.

A identificación das dimensións que están detrás dos xuízos de calidade e a elaboración de instrumentos de medida fiables, válidos e fáciles de usar e interpretar é un dos aspectos fundamentais do estudo do comportamento do usuario e do marketing de servizos. Neste traballo presentouse un modelo sobre o que podería sustentarse a conformación dos xuízos de calidade dos usuarios dos servizos de atención ao drogodependente, e avanzouse no estudo integral da calidade mediante o desenvolvemento dunha ferramenta de grande utilidade no ámbito profesional. Este modelo será específico para a área das drogodependencias xa que, seguindo unha aproximación de continxencias, debemos particularizar cada servizo e diferencialo dos demais.

En canto á conceptualización da calidade percibida, paso previo ao posterior desenvolvemento do instrumento de medida, decidiuse por empregar unha escala breve e operativa onde os suxeitos unicamente deberían expresar a súa percepción sobre o servizo, para obter unha maior validez psicométrica (Cronin e Taylor, 1992).

Nas páxinas seguintes preséntanse e discútese as conclusións máis relevantes, estruturadas segundo os tres grandes obxectivos propostos neste traballo.

En primeiro lugar, tratouse de **elaborar e validar unha escala** baseada nas percepcións, parsimoniosa e específica para o ámbito dos servizos de atención aos drogodependentes. As análises psicométricas referidas á validez de constructo mediante a análise factorial confirmatoria presentaron unha notable bondade de axuste entre as matrices de entrada e estimada. Esta análise permítenos reespecificar o noso modelo inicial de dúas dimensións (persoal e instalacións), de forma que a dimensión de instalacións se desdobra creando dúas dimensións diferenciadas: acceso e instalacións. Isto permítenos afirmar que os xuízos de calidade dos usuarios dos servizos de atención ao drogodependente se conforman a partir de tres dimensións: unha referida ao persoal, na que se inclúen elementos de interacción interpersonal cos profesionais do centro, outra relacionada co acceso ao servizo, fundamentalmente co lugar onde se sitúa o centro e o lonxe que se encontre este do lugar de residencia do usuario, e, finalmente, unha terceira dimensión que fai referencia a aspectos das instalacións, como a limpeza, a amplitude ou a comodidade das salas do centro. A importancia da dimensión de acceso xa foran sinalada por Martín Araújo (2003), de forma diferenciada ás instalacións.

As análises de fiabilidade permiten concluír que a escala presenta unha adecuada consistencia interna global, sendo máis consistente co resto da escala a dimensión de persoal ca as outras dúas dimensións, acceso e instalacións. Os resultados da dimensionalización da calidade percibida do servizo están en sintonía co modelo de Grönroos, onde se expón que a calidade total é función da calidade técnica (elementos físicos/tanxibles do servizo: acceso e instalacións) e calidade funcional ou de proceso (elementos intanxibles do servizo: persoal).

En resumo, a escala elaborada é un instrumento de medida cunhas propiedades psicométricas máis que aceptables, é dicir, é fiable, válida e parsimoniosa, polo que resulta de grande utilidade tanto dende o punto de vista da investigación como da aplicación no ámbito profesional.

O segundo dos obxectivos deste traballo buscaba **explicar a satisfacción dos usuarios e a súa relación coa calidade percibida do servizo**. Para isto levouse a cabo un *path analysis* que puxo de manifesto que un 69% da satisfacción dos usuarios, constructo medido a través de dous indicadores da satisfacción global (valoración global da experiencia e valoración da mejora experimentada), podía explicarse a través das tres dimensións que compoñían a nosa escala: persoal, acceso e instalacións, sendo a dimensión de persoal a que explica a maior cantidade de varianza da satisfacción. Estes resultados seguen a liña do traballo de Gröonros (1994), no que afirma que é o compoñente interpersonal o que, en esencia, define a calidade percibida do servizo e, en último termo, a satisfacción dos usuarios co servizo. Non obstante, non hai que esquecer que, en determinado tipo de servizos, como son os de restauración ou os sanitarios, a dimensión física adquire certa relevancia (Bitner, 1992; Martínez-Tur et al., 2001), polo que non debemos deixar de medir os elementos referentes a aspectos físicos ou tanxibles á hora de avaliar a calidade percibida do servizo de atención aos drogodependentes.

Finalmente, como último obxectivo do estudo, realizouse un **diagnóstico inicial da calidade percibida do servizo ofrecido nas unidades de atención ao drogodependente da rede do Plan de Galicia sobre Drogas**. Neste sentido, púxose de manifesto que existe unha elevada satisfacción global co servizo recibida nestes centros. Son, sen dúbida, os elementos de valoración do persoal os mellor valorados polos usuarios. As dimensións de acceso e instalacións obteñen unha valoración moderadamente positiva. De feito, o aspecto que cómpre mellorar máis destacado polos usuarios son as instalacións de forma xeral.

Neste traballo pretendeuse aproximarse á avaliación dos servizos de atención aos drogodependentes por parte dos seus propios usuarios. En liña cos obxectivos sinalados inicialmente, propónse unha escala deseñada como un instrumento válido e fiable para a medida da calidade percibida do servizo, en sintonía coa esixencia dos grandes modelos de xestión da calidade (EFQM), modelos que chegarán a ser requisitos indispensables, incluso nas administracións públicas, e onde se esixe o coñecemento das opinións dos usuarios como base para o desenvolvemento dos plans estratéxicos.

Para finalizar, as liñas de investigación que se abren a partir desta primeira aproximación son innumerables. Entre estas futuras liñas de investigación, que son, pola súa vez, limitacións deste estudo, cómpre destacar, polo seu especial interese, as seguintes:

Aínda cando a estrutura deseñada do constructo de satisfacción presentou un bo axuste á matriz de mostra, cabe a posibilidade de formularse algunha reespecificación do modelo relativa á inclusión dalgún novo indicador, fundamentalmente nas dimensións de acceso e instalacións do servizo, xa que están representadas unicamente por dous indicadores cada un.

Desde o punto de vista metodolóxico, encontráronse altas valoracións e pouca variabilidade nas respostas dos suxeitos sobre os compoñentes do servizo. Esta limitación, común á gran maioría dos estudos de satisfacción, presenta a necesidade de idear novas estratexias de recollida de información relativas a cambios na formulación das preguntas ou nos formatos de resposta, que permitan diferenciar claramente entre as percepcións positivas e negativas do servizo.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. Referencias bibliográficas

- ABALO, J. (2006). *Modelización y evaluación integral de la calidad percibida*. Tese de doutoramento non publicada. Universidade de Santiago de Compostela.
- ABERCROMBIE, M. L. (1967). *The anatomy of judgement: An investigation into the process of perception and reasoning*. London: Hutchinson & Co.
- ALFONSO, J. L. (1991). *Servicios de Salud. Técnicas avanzadas de marketing y planificación sanitaria*. Barcelona: Doyma.
- ALTAMORE, G., ÁLVAREZ, F. R. E LORENZO; S. (1999). "Implantación de un sistema de gestión integrada de procesos en la Fundación Hospital Alcorcón". *Revista de Calidad Asistencial*, 14, 265-272.
- ANDERSON, E. W., FORNELL, C. E LEHMAN, D. R. (1994). "Customer satisfaction, market share, and profitability: Findings for Sweden". *Journal of Marketing*, 58 (xullo), 53-66.
- ANDERSON, R. E. (1973). "Consumer dissatisfaction: the effect of disconfirmed expectancy on perceived product performance". *Journal of Marketing Research*, 10, 38-44.
- ARCELAY, A., SÁNCHEZ, E., HERNÁNDEZ, L., INCLÁN, G., BACIGALUPE, M., LETONA, J. ET AL. (1999). "Self-assessment of all the health centres of public health service through the European Model of Total Quality Management". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12, 54-58.
- ARNÁEZ, C., GONZÁLEZ, M., SECADES, R., HERMIDA, J. F. (2004). "Calidad asistencial y satisfacción de las mujeres en tratamiento por drogodependencias en Asturias". *Adicciones*, 16.
- AUBERT-GAMET, V. E COVA, B. (1999). "Servicescapes: from modern non-places to postmodern common places". *Journal of Business Research*, 44, 37-45.
- BABAKUS, E. E BOLLER, G. W. (1992). "An empirical assessment of the SERVQUAL scale". *Journal of Business Research*, 24, 253-268.
- BACIGALUPE, L., RODRÍGUEZ, M., BALSATEGI, B., JIMÉNEZ-LERMA, J. M., MURUA, F., IRAURGI, I. E CHAVARRI, M.R. (2002). "Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ)". *Adicciones*, 14, 417-441.
- BAKER, J. (1987). "The role of environment in marketing services: the consumer perspective". En J.A. Czepiel, C.A. Congram e J. Shanahan (eds.). *The Service Challenge: Integrating for Competitive Advantage* (pp. 79-84). Chicago, IL: American Marketing Association.
- BAKER, J., GREWAL, D. E PARASURAMAN, A. (1994). "The influence of store environment on quality inferences and store image". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22, 328-339.
- BANSAL, M. K. (2004). "Optimising value and quality in general practice within the primary health care sector through relationship marketing: a conceptual framework". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17 (4), 180-188.
- BEBKO, C. P. (2000). "Service intangibility and its impact on consumer expectations of service quality". *Journal of Services Marketing*, 14, 9-26.
- BERRY, L. L. (1983). "Relationships Marketing". En L. L. Berry, G. L. Shostack e G. D. Upah (eds.), *Emerging Perspectives on Services Marketing*. Chicago: American Marketing Association.
- BERRY, L. L. E PARASURAMAN, A. (1993). *Marketing de servicios: la calidad como meta*. Barcelona: Parramón.

- BESSOM, R. M. (1973). "Unique aspects of Marketing Services". *Arizona Business Bulletin*, 9, 8-15.
- BIGNÉ, E., MOLINER, M. A. E SÁNCHEZ, J. (2003). "Perceived quality and satisfaction in multiservice organisations: the case of Spanish public services". *Journal of Services Marketing*, 17, 420-442.
- BIGNÉ, E., MOLINER, M. A., VALLET, T. M. E SÁNCHEZ, J. (1997). "Un estudio comparativo de los instrumentos de medición de la calidad de los servicios públicos". *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, 1, 33-53.
- BITNER, M. J. (1990). "Evaluating service encounters: the effects on physical surroundings and employee responses". *Journal of Marketing*, 54 (abril), 69-82.
- BITNER, M. J. (1992). "Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees". *Journal of Marketing*, 56, 57-71.
- BITNER, M. J., BOOMS, B. H. E MOHR, L. A. (1994). "Critical service encounters: the employee's view". *Journal of Marketing*, 58 (outubro), 95-106.
- BITNER, M. J., BOOMS, B. H. E TETREAU, M. S. (1990). "The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents". *Journal of Marketing*, 54 (primavera), 71-84.
- BOLTON, R. N. E DREW, J. H. (1991). "A multistage model of consumers' assessments of service quality and value". *Journal of Consumer Research*, 17, 375-384.
- BOLTON, R. N. E LEMON, K. N. (1999). "A dynamic model of customers' usage of services: usage as an antecedent and consequence of satisfaction". *Journal of Marketing Research*, 36, 171-186.
- BOOMS, B. H. E BITNER, M. J. (1981). "Marketing strategies and organisation structures for service firms". En J. Donnelly e W. R. George (eds.), *Marketing and Services*. Chicago: American Marketing Association.
- BOULDING, W., KALRA, A., STAELIN, R. E ZEITHAML, V. A. (1993). "A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions". *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27.
- BOVE, L. L. E JOHNSON, L. W. (2000). "A customer-service worker relationship model". *International Journal of Service Industry Management*, 11, 491-511.
- BRADY, M. K. E CRONIN, J. (2001). "Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality. A hierarchical approach". *Journal of Marketing*, 65 (xullo), 34-49.
- BROWN, T. J., MOWEN, J. C., DONAVAN, D. T. E LICATA, J. W. (2002). "The customer orientation of service workers: personality trait influences on self and supervisor performance ratings". *Journal of Marketing Research*, 39, 110-119.
- BURGOON, J. K., BIRK, T. E PFAU, M. (1990). "Nonverbal behaviors, persuasion, and credibility". *Human Communication Research*, 17, 140-169.
- CALAFAT, A., JUAN, M., BECOÑA, E., FERNÁNDEZ, C., GIL, E., PALMER, A., SUREDA, P. E TORRES, M. A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- CARDOZO, R. N. (1965). "An experimental study of consumer effort, expectation and satisfaction". *Journal of Marketing Research*, 2, 244-249.
- CARLZON, J. (1987). *Moments of Truth*. Cambridge, MA: Ballinger Publishing Company.
- CARMAN, J. M. (1990). "Consumer perception of service quality: an assessment of SERVQUAL dimensions". *Journal of Retailing*, 66, 33-55.
- CHRISTOPHER, M., PAYNE, A. E BALLANTYNE, D. (1991). *Relationship Marketing*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- CHUMPITAZ, R. E PAPAROIDAMIS, N. G. (2004). "Service quality and marketing performance in business-to-business markets: exploring the mediating role of client satisfaction". *Managing Service Quality*, 14, 235-248.
- COX, D. F. E RICH, S. U. (1967). "Perceived risk and consumer decision making: The case of telephone shopping". En D. F. Cox (ed.), *Risk taking and information*

- handing in consumer behavior*. Boston: Harvard University.
- CRONIN, J., BRADY, M. E HULT, G. T. (2000). "Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments". *Journal of Retailing*, 76 (2), 193-218.
- CRONIN, J. E TAYLOR, S. (1992). "Measuring service quality: a reexamination and extension". *Journal of Marketing*, 56 (xullo), 55-68.
- CRONIN, J. E TAYLOR, S. (1994). "SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality". *Journal of Marketing*, 58 (xaneiro), 125-131.
- CZEPIEL, J. A. (1990). "Service encounters and service relationship". *Journal of Business Research*, 20, 13-21.
- DABHOLKAR, P. (1995). "A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality". *Advances in Consumer Research*, 22, 101-108.
- DABHOLKAR, P., SHEPERD, C. E THORPE, D. (2000). "A Comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study". *Journal of Retailing*, 76, 139-173.
- DABHOLKAR, P., THORPE, D. I. E RENTZ, J. O. (1996). "A measure of service quality for retail stores". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24 (inverno), 3-16.
- DANIEL, J., PASCUAL, I., ESPELT, P., GRIFOLL, J. ET AL. (1999). "Gestión por procesos en un equipo de atención primaria". *Revista de Calidad Asistencial*, 14, 247-254.
- DEMING, E. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Institute of Technology Press.
- DONAVAN, D. T., BROWN, T. J. E MOWEN, J. C. (2004). "Internal benefits of service worker-customer orientation: job satisfaction, commitment, and organizational citizenship behaviours". *Journal of Marketing*, 68 (xaneiro), 128-146.
- DONOVAN, R. J. E ROSSITER, J. R. (1982). "Store atmosphere: an environmental psychology approach". *Journal of Retailing*, 58, 34-57.
- DOUGLAS, T. J. E FREDENDALL, L. D. (2004). "Evaluating the Deming management model of total quality in services". *Decision Sciences*, 35, 393-423.
- ESCOHOTADO, A. (1998). *Historial General de las Drogas*. Espasa, D.L.
- ESPING-ANDERSEN, G. (1993). *Los tres mundos del estado de bienestar*. Valencia: Alfons el Magnànim.
- FERNÁNDEZ, J. J. (2004). "Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos". *Adicciones*, 16.
- FISK, R. P., BROWN, S. W. E BITNER, M. J. (1995). "Services management literature overview: a rationale for interdisciplinary study". En W. J. Glynn e J. G. Barnes (eds.), *Understanding Services Management*, 11-27. Chichester: John Wiley.
- FREIXA, F. (1981). *Toxicomanías: un enfoque multidisciplinario*. Barcelona: Fontanella.
- FUCHS, W.R. (1968). *The Service Economy*. New York: Columbia University Press.
- GRÖNROOS, C. (1978). "A service-oriented approach to marketing of services". *European Journal of Marketing*, 12, 588-601.
- GRÖNROOS, C. (1982). *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration.
- GRÖNROOS, C. (1984). "A service quality model and its marketing implications". *European Journal of Marketing*, 18 (4), 36-44.
- GRÖNROOS, C. (1990). *Services Management and Marketing*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Grönroos, C. (1994). "From marketing mix to relationship marketing: towards a

- paradigm shift in marketing". *Marketing Decision*, 32 (2), 4-20.
- GROVE, S. J. E FISK, R. P. (1983). "The dramaturgy of services exchange: An analytical framework for services marketing". En L. L. Berry, G. L. Shostack e G. D. Upah (eds.), *Emerging Perspectives on Services Marketing*. Chicago: American Marketing Association.
- GUMMESSON, E. (2002). *Total Relationship Marketing*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- GUPTA, A., MCDANIEL, J. C. E KANTHI-HERATH, S. (2005). "Quality management in service firms: sustaining structures of total quality service". *Managing Service Quality*, 15, 389-402.
- GUSEMAN, D. (1981). "Risk perception and risk reduction in consumer services". En J. H. Donnelly e W. George (eds.), *Marketing of Services* (pp.200-204). Chicago, IL: American Marketing Association.
- HARBER, D., BURGESS, K. E BARCKAY, D. (1993a). Total quality management as a cultural intervention: an integrative review. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 10, 17-27.
- HARBER, D., BURGESS, K. E BARCKAY, D. (1993b). "Total quality management as a cultural intervention: an empirical study". *International Journal of Quality and Reliability Management*, 10, 28-46.
- HENNIG-THURAU, T. (2004). "Customer orientation of service employees". *International Journal of Service Industry Management*, 15, 460-478.
- HULKA, B. S., ZYZANSKI, S. J., CASSEL, J. C. E THOMPSON, S. J. (1970). "Scale for the measurement of the attitudes toward physicians and primary medical care". *Medical Care*, 8, 429-435.
- IACOBUCCI, D., GRAYSON, K. E OSTROM, A. (1994). "The calculus of service quality and customer satisfaction: theoretical and empirical differentiation and integration". En T. A. Swartz, D. E. Bowen e S. W. Brown (eds.), *Advances in services marketing and management: reseach and practice* (vol. 3, pp.1-67). London: JAI Press.
- JUDD, V. C. (1987). "Differentiate with the 5th P: People". *Industrial Marketing Management*, 16, 241-247.
- KANNAN, V. R., TAN, K. C., HANDFIELD, R. B. E GHOSH, S. (1999). "Tools and techniques of quality management: an empirical investigation of their impact on performance". *Quality Management Journal*, 6 (3), 34-49.
- KELLEY, S. W. (1992). "Developing customer orientation among service employees". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 20 (1), 27-36.
- KOTLER, P. (1973). "Atmospherics as a marketing tool". *Journal of Retailing*, 49, 48-64.
- KOTLER, P. (1991). *Marketing management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- KOTLER, P. E CLARKE, R. N. (1987). *Marketing for health care organizations*. New Jersey: Prentice-Hall.
- LAMATA, F., CONDE, J., MARTÍNEZ, B. E HORNO, M. (1994). *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos.
- LANGELARD, E., BATESON, J. E. G., LOVELOCK, C. H. E EIGLER, P. (1981). *Marketing Services: New Insights from Consumers and Managers*. Cambridge, MA: Marketing Science Institute.
- LATOUR, S. E PEAT, N. (1979). "Conceptual and methodological issues in consumer satisfaction research". En W. D. Perrault Jr. (ed.) *Advances in Consumer Research* (vol. 6, pp.431-437). Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research.
- LILJANDER, V. (1994). "Modeling perceived service quality using different comparison standars". *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 7, 126-142.
- LLOSA, S., CHANDON, J.L. E ORSINGHER, C. (1998). "An empirical study of SERVQUAL's dimensionality". *The Services Industries Journal*, 18, 16-44.
- LORENZO, S., BACIGALUPE, M. E ARCELAY, A. (2002). "Aplicación de la gestión por procesos a las unidades de atención al usuario". *Revista de Calidad Asistencial*, 17, 353-357.

- LOVELOCK, C. H. (1991). *Services Marketing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- MANO, H. E OLIVER, R. (1993). "Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling and satisfaction". *Journal of Consumer Research*, 20, 451-466.
- MARTÍN, E. (2000). "Psicología y Drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro". *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.
- MARTÍN, E. (2007). "Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica". *Papeles del Psicólogo*, 28, 41-48.
- MARTÍN, J. C. (2003). "Opinión de los usuarios sobre la atención prestada en un centro ambulatorio de atención a drogodependientes". *Adicciones*, 15.
- MARTÍNEZ-TUR, V., PEIRÓ, J. M. E RAMOS, J. (2001). *Calidad de servicio y satisfacción del cliente*. Madrid: Síntesis.
- MAZURSKY, D. E GEVA, A. (1989). "Temporal decay in satisfaction-purchase intention relationships". *Psychology and Marketing*, 6 (3), 211-227.
- MEMBRADO, J. (1999). *La gestión empresarial a través del modelo europeo de excelencia de la E.F.Q.M.* Madrid: Díaz de Santos.
- MILLS, P. K. E MORRIS, J. H. (1986). "Clients as partial employees of service organizations: role development in client participation". *Academy of Management Review*, 11, 726-735.
- MIRA, J. J., LORENZO, S., RODRÍGUEZ-MARÍN, J., ARANAZ, J. E SITGES, E. (1998). "La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones". *Revista de Calidad Asistencial*, 13, 92-97.
- MURRAY, K. E SCHLACTER, J. (1990). "The impact of services versus goods on consumers' assessment of perceived risk and variability". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 18 (1), 51-65.
- NABITZ, U. W. E WALBURG, J.A. (2000). "Addicted to quality-winning the Quality Award based on the EFQM model". *International Journal of Health Care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services*, 13 (6-7), 259-265.
- NABITZ, U. W., VAN DEN BRINK, W. E JANSEN, P. (2005). "Using concept mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres". *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 17 (3), 193-201.
- OLIVER, R. L. (1977). "Effect of expectation and disconfirmation of postexposure product evaluations: An alternative interpretation". *Journal of Applied Psychology*, 62, 480-486.
- OLIVER, R. L. (1980). "A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decision". *Journal of Marketing Research*, 17, 460-469.
- OLIVER, R. L. (1993a). "Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response". *Journal of Consumer Research*, 20, 418-430.
- OLIVER, R. L. (1993b). "A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts". En T. A. Swartz, D. E. Bowen e S. W. Brown (eds.), *Advances in Services Marketing and Management: Research and Practice* (vol. 2, 65-85). Greenwich, CT: JAI Press Inc.
- OLIVER, R. L. (1997). *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: McGraw-Hill.
- OSBORNE, D. E GAEBLER, T. (1994). *La reinención del Gobierno: la influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Paidós.
- PALMER, A. E O'NEILL, M. (2003). "The effects of perceptual processes on the measurement of service quality". *Journal of Services Marketing*, 17, 254-274.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. E BERRY, L. (1985). "A conceptual model of service quality and its implications for future research". *Journal of Marketing*, 49 (autumn), 41-50
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. E BERRY, L. (1988). "SERVQUAL: A multiple-item

- scale for measuring consumer perceptions of service quality". *Journal of Retailing*, 64, 12-40.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V. E BERRY, L. (1994a). "Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria". *Journal of Retailing*, 70, 201-230.
- PASCUAL, C. (2000). "Gestión de la calidad en drogodependencias". *Adicciones*, 12.
- PAYNE, A., CHRISTOPHER, M., CLARK, M. E PECK, H. (1995). *Relationship Marketing for Competitive Advantage*. London: Butterworth-Heinemann.
- PÉREZ, J. A. (1994). *Gestión de la calidad empresarial*. Madrid: ESIC.
- Plan de Galicia sobre Drogas (1996). *Plan de Galicia sobre Drogas 1997-2000*. Consellería de Sanidade e Asuntos Sociais. Xunta de Galicia.
- Plan de Galicia sobre Drogas (1999). *Plan de Galicia sobre Drogas 2000-2004*. Consellería de Sanidade e Asuntos Sociais. Xunta de Galicia.
- Plan de Galicia sobre Drogas (2005). *Plan de Galicia sobre Drogas 2006-2009*. Consellería de Sanidade e Asuntos Sociais. Xunta de Galicia.
- Plan Nacional sobre Drogas. Memorias 1990, 1996 e 1999. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Informe 2004*. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2004). *Plan de acción 2005-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
- RATHMELL, J. (1966). "What is meant by services?". *Journal of Marketing*, 30 (outubro), 32-36.
- REAGAN, W. J. (1963). "The service revolution". *Journal of Marketing*, 27 (xullo), 57-62.
- REIMER A. Y KUEHN, R. (2005). "The impact of servicescape on quality perception". *European Journal of Marketing*, 39, 785-808.
- RIAL, A., VARELA, J., ABALO, J. E LÉVY, J. (2006). "El análisis factorial confirmatorio". En J. P. Lévy e J. Varela (coord.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales. Temas esenciales, avanzados y aportaciones especiales*. A Coruña: Netbiblo.
- RIVERS, P. A. E BAE, S. (1999). "Aligning information systems for effective total quality management implementation in health care organizations". *Total Quality Management*, 10 (2), 281-289.
- ROTHSCHILD, M. L. (1999). "Carrots, sticks, and promises: a conceptual framework for the management of public health and social issue behaviours". *Journal of Marketing*, 63 (outubro), 24-37.
- RUST, R. T. E OLIVER, R. L. (1994). "Service quality: Insights and managerial implications from the frontier". En R. T. Rust e R. L. Oliver (eds.): *Service Quality: New Directions in Theory and Practice* (pp.1-19). Thousand Oaks, CA: Sage.
- RUST, R. T. E ZAHORIK, A. J. (1993). "Customer satisfaction, customer retention and market share". *Journal of Retailing*, 69, 193-215.
- RUST, R. T., ZAHORIK, A. J. E KEININGHAM, T. L. (1995). "Return on quality (ROQ): making service quality financially accountable". *Journal of Marketing*, 59 (abril), 58-70.
- SANCHO, D. (1999). *Gestión de servicios públicos: estrategias de marketing y calidad*. Madrid: Tecnos.
- SCHARITZER, D. E KORUNKA, C. (2000). "New public management: evaluating the success of total quality management and change management interventions in public services from the employees' and customers' perspectives". *Total Quality Management*, 11, 941-953.
- SCHNEIDER, B. E BOWEN, D. E. (1992). "Personnel/human resources management in the service sector". *Research in Personnel and Human Resource Management*, 10, 1-30.

- SCHNEIDER, B. E. BOWEN, D. E. (1993). „The service organization: human resources management is crucial”. *Organizational Dynamics*, 21, 39-52.
- SENLE, A. (1993). *La calidad total en los servicios y en la administración pública*. Barcelona: Gestión 2000.
- SEWELL, N. (1997). “Continuous quality improvement in acute health care: creating a holistic and integrated approach”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10 (1), 20-26.
- SHOSTACK, G. L. (1977). “Breaking free from product marketing”. *Journal of Marketing*, 41 (abril), 73-80.
- SOLOMON, M. R., SURPRENANT, C., CZEPIEL, J. A. E GUTMAN, E. G. (1985). “A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter”. *Journal of Marketing*, 49 (inverno), 99-111.
- SPRENG, R. A. E MACKOY, R. D. (1996). “An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction”. *Journal of Retailing*, 72, 201-214.
- SUNDARAM, D. S. E WEBSTER, C. (2000). “The role of nonverbal communication in service encounters”. *Journal of Services Marketing*, 14, 378-391.
- SURESHCHANDAR, G. S., RAJENDRAN, C. E ANANTHARAMAN, R. N. (2002a). “Determinants of customer-perceived service quality: a confirmatory factor analysis approach”. *Journal of Services Marketing*, 16, 9-34.
- SURESHCHANDAR, G. S., RAJENDRAN, C. E ANANTHARAMAN, R. N. (2002b). “The relationship between service quality and customer satisfaction: a factor specific approach”. *Journal of Services Marketing*, 16, 363-74.
- SURPRENANT, C. F. E SOLOMON M. R. (1987). “Predictability and personalization in the service encounter”. *Journal of Marketing*, 51 (abril), 86-96.
- SWAN, J. E. E COMBS, L. J. (1976). “Product performance and consumer satisfaction: a new concept. *Journal of Marketing*, 40 (abril), 25-33.
- TAYLOR, S. A. E BAKER, T. L. (1994). “An assessment of the relationship between service quality and customer satisfaction in the formation of consumer’s purchase intentions”. *Journal of Retailing*, 70, 163-178.
- TRENCHARD, P. M. E DIXON, R. (1999). “Total quality management in non-profit secondary health care”. *Total Quality Management*, 10, 979-986.
- TSE, D. K. E WILTON, P. C. (1988). “Models of consumer satisfaction formation: an extension”. *Journal of Marketing Research*, 25, 204-212.
- VARELA, J., ABALO, J. E RIAL, A. (2006). “Análisis factorial confirmatorio de segundo orden”. En J. P. Lévy e J. Varela (comp.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales*. A Coruña: Netbiblo.
- VARELA, J., PRAT, R., VOCES, C. E RIAL, A. (2006). “Una nueva escala para la evaluación de la calidad de los servicios de hostelería”. *Psicothema*, 18, 135-142.
- VARELA, J., RIAL, A. E GARCÍA-CUETO, E. (2003). “Presentación de una escala de satisfacción con los servicios sanitarios de atención primaria”. *Psicothema*, 15, 656-661.
- VELASCO, J. E CAMPINS, J. A. (1997). *Gestión de calidad I: garantía y consolidación*. Madrid: Pirámide.
- VENETIS, K. A. E GHAURI, P. (2004). “Service quality and customer retention: building long-term relationships”. *European Journal of Marketing*, 38, 1577-1598.
- VOCES, C. (2005). *Modelización de la calidad de servicio y la lealtad del cliente en hostelería*. Tese de doutoramento non publicada. Universidade de Santiago de Compostela.
- WESTBROOK, R.A. (1980). “Intrapersonal affective influences on consumer satisfaction with products”. *Journal of Consumer Research*, 7, 49-54.
- YASIN, M. M., ALAVI, J., KUNT, M. E ZIMMERER, T. W. (2004). “TQM practices in service organizations: an exploratory study into the implementation, outco-

- me and effectiveness". *Managing Service Quality*, 14, 377-389.
- YI, Y. (1990). "A critical review of consumer satisfaction". En V. A. Zeithaml (ed.), *Review of Marketing* (pp.68-123). Chicago: American Marketing Association.
- ZALTMAN, G. E VERTINSKY, I. (1971). "Health service marketing: A suggested model". *Journal of Marketing*, 35, 19-27.
- ZEITHAML, V. A. (1981). "How consumer evaluation processes differ between goods and services". En J. H. Donnelly e W.R. George (eds.), *Marketing of Services*. Chicago: American Marketing Association.
- ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L. E PARASURAMAN, A. (1993). "The nature and determinants of customer expectations of service". *Journal of the Academy of Marketing Science*, 21 (1), 1-12.
- ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L. E PARASURAMAN, A. (1996). "The behavioral consequences of service quality". *Journal of Marketing*, 60 (abril), 31-46.
- ZEITHAML, V. A. E BITNER, M. J. (1996). *Services Marketing*. New York: McGraw-Hill.
- ZEITHAML, V., PARASURAMAN, A. E BERRY, L. (1993). *Calidad total en la gestión de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- ZHAO, X., BAI, C. E HUI, Y. V. (2002). "An empirical assessment and application of SERVQUAL in a mainland Chinese department store". *Total Quality Management*, 13 (2), 241-254.
- ZHOU, L. (2004). "A dimension-specific analysis of performance-only measurement of service quality and satisfaction in China's retail banking". *Journal of Services Marketing*, 18, 534-546.

ISBN 978-84-453-4798-0



9 788445 347980 >



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

