



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Estudio sobre la aplicación del Marketing Relacional  
en el sector sanitario: Servicio de Oncología

Study on the application of Relational Marketing in  
the health sector: Oncology Service

Autor/es

Marta Melús Arregui

Director/es

Francisco Javier Sesé Oliván

Facultad de Economía y Empresa  
Universidad de Zaragoza  
Año 2017-2018



## INFORMACIÓN

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Autor</b>                | Marta Melús Arregui  |
| <b>Director del trabajo</b> | Francisco Javier Sesé Oliván   |
| <b>Título del trabajo</b>   | Estudio sobre la aplicación del Marketing Relacional en el sector sanitario: Servicio de Oncología |
| <b>Title of the essay</b>   | Study on the application of Relational Marketing in the health sector: Oncology Service            |
| <b>Modalidad</b>            | Trabajo Académico  |
| <b>Titulación</b>           | Grado en Marketing e Investigación de Mercados   |

## RESUMEN

La relación entre el marketing y la sanidad, y más aún en la sanidad pública, parece haber sido inexistente años atrás, pero actualmente se está comenzando a apreciar su afinidad. El marketing puede servir como instrumento de apoyo a los servicios sanitarios gracias a su enfoque relacional. No es habitual utilizar el marketing de relaciones en el sector sanitario público, pero si se aplicase con más frecuencia, podría tener amplios beneficios.

El objetivo de este trabajo es analizar aquellos factores que influyen en la calidad del servicio oncológico, para identificar sus puntos débiles y poder proponer mejoras que incrementarían la satisfacción de los pacientes con la atención recibida. Se trabajará con la oncología médica debido a que el cáncer es la segunda enfermedad más común en nuestro país y es necesario hacer mejoras en el servicio. En este trabajo, se ha comenzado explicando los conceptos y variables más relevantes del marketing relacional. Posteriormente, se ha introducido la enfermedad y el servicio del hospital que va a ser objeto de estudio. Y finalmente, se presenta el trabajo de investigación realizado junto a una serie de conclusiones y recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

El desarrollo de buenas relaciones y una mejor comunicación entre el personal sanitario y los pacientes podría suponer una mejora de la imagen de los centros hospitalarios y de la reputación de los médicos, además de una mejora del bienestar de los pacientes.

## **ABSTRACT**

The relationship between marketing and healthcare, and even more in public health, seems to have been non-existent years ago, but nowadays it is beginning to appreciate its affinity. Marketing can serve as an instrument to support health services thanks to its relational approach. It is not usual to use relational marketing in the public health sector, but if it applied more frequently, it could have wide benefits.

The objective of this work is to analyse those factors that influence the quality of the oncological service, to identify their weak points and to be able to propose improvements that would increase the satisfaction of the patients with the attention received. I will work with medical oncology because cancer is the second most common disease in our country and it is necessary to make improvements in the service. In this work, I have started by explaining the most relevant concepts and variables of relationship marketing. Subsequently, the disease and the hospital service that is going to be the object of study has been introduced. And finally, the research work is presented along with a series of conclusions and recommendations based on the results obtained.

The development of good relationships and better communication between health personnel and patients could mean an improvement in the image of hospital centres and the reputation of doctors, as well as an improvement in the well-being of patients.

# ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN.....   | 1  |
| 1.1. Objetivos .....   | 3  |
| 1.2. Estructura .....  | 4  |
| 2. MARCO TEÓRICO .....   | 5  |
| 2.1. Introducción .....  | 5  |
| 2.2. Marketing Relacional .....  | 5  |
| 2.2.1. Evolución al marketing relacional .....                           | 5  |
| 2.2.2. Definición de marketing relacional.....                           | 8  |
| 2.2.3. Variables del marketing relacional .....                          | 9  |
| 2.2.4. Marketing relacional aplicado a los servicios.....                | 12 |
| 3. CONTEXTUALIZACIÓN.....  | 13 |
| 3.1. Sector sanitario: el cáncer y la oncología médica .....             | 13 |
| 4. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....   | 17 |
| 4.1. Metodología .....   | 17 |
| 4.2. Diseño de la entrevista en profundidad y el grupo de discusión..... | 18 |
| 4.2.1. Entrevistas en profundidad .....                                  | 20 |
| 4.2.2. Perfil de los entrevistados .....                                 | 21 |
| 4.2.3. Grupo de discusión .....  | 22 |
| 4.2.4. Perfil de los participantes del grupo de discusión.....           | 22 |
| 5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....                                  | 23 |
| 6. CONCLUSIONES.....   | 36 |
| 7. RECOMENDACIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS.....                   | 39 |
| 7.1. Recomendaciones.....  | 39 |
| 7.2. Limitaciones y futuras líneas de investigación .....                | 41 |
| 8. BIBLIOGRAFÍA.....   | 42 |

## **ÍNDICE DE TABLAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1. Diferencias entre el marketing transaccional y el marketing relacional ..... | 7  |
| Tabla 2. Número de nuevos casos de cáncer en Aragón en 2017 .....                     | 14 |
| Tabla 3. Estructura de los guiones .....  | 19 |
| Tabla 4. Ficha técnica: Entrevistas en profundidad .....                              | 20 |
| Tabla 5. Perfil de los entrevistados .....  | 21 |
| Tabla 6. Ficha técnica: Grupo de discusión .....                                      | 22 |
| Tabla 7. Perfil de los participantes del grupo de discusión.....                      | 23 |

## **ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

|  |   |
|--|---|
| Ilustración 1. Del marketing transaccional al marketing relacional ..... | 7 |
|--|---|

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 1. Nuevos casos de cáncer por edad y sexo en Aragón ..... | 15 |
|---|----|

# 1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de estos últimos años han surgido nuevas tendencias que han ido ganando terreno en el marketing y una de ellas es el marketing relacional. Este, principalmente, consiste en el establecimiento, mantenimiento y mejora de relaciones beneficiosas entre la empresa y sus grupos de interés. Lo que se consigue a través de un proceso de intercambio entre las partes y la ejecución de las propuestas derivadas de esa relación (Grönroos, 1990). Esta tendencia se está comenzando a utilizar en sectores muy diversos y cada vez está más presente en el mercado. Así pues, hoy en día, es posible aplicar los conceptos y estrategias de marketing en el ámbito de la salud, ya que sus herramientas y técnicas nos pueden ayudar a ofrecer un servicio mejor, más especializado y personalizado en los hospitales y centros sanitarios. En un primer momento, puede parecer una relación extraña, pero en este caso, el objetivo del marketing no es originar ventas sino generar un mayor bienestar a la sociedad a través de la mejora del proceso de prestación del servicio (Corella, 1998). Así pues, la temática de este trabajo va a girar en torno al marketing relacional aplicado a un servicio sanitario y en identificar qué aspectos fallan en las relaciones de ese servicio para poder proponer mejoras y conocer qué beneficios tendría aplicar las técnicas del marketing de relaciones.

Cuando los profesionales del sector sanitario desempeñan su labor lo hacen tratando de ofrecer la mejor asistencia en cuanto a los aspectos más técnicos de la salud. Siempre tendría que ser así, ni mucho menos. Pero muchas veces se olvidan del punto de vista del paciente y de su opinión. Sin darse cuenta, muchos abandonan su lado más humano y se muestran fríos y manteniendo las distancias con el paciente, lo que se traduce en un comportamiento no adecuado hacia la persona enferma. Por ello, muchas veces es necesario que se produzcan cambios para adaptarse cada vez más a las necesidades de los pacientes y a sus expectativas, y, así, incrementar la calidad del servicio brindado.

Para que un hospital ofrezca un buen servicio desde el punto de vista del marketing es fundamental que esté orientado al paciente (en el sector de la salud el consumidor pasa a ser llamado paciente). Esto permitirá ofrecer un servicio de mayor calidad. Para ello, desde la perspectiva más básica del marketing es imprescindible que los profesionales sean capaces de conocer y descubrir las verdaderas necesidades de los pacientes para tratar de satisfacerlas de la mejor forma posible. Además, es fundamental que el personal sanitario pueda ser capaz de crear relaciones más personales y humanas con los pacientes.

Es aquí donde el marketing relacional aparece, ya que es la herramienta a través de la cual vamos a poder llevar a cabo una serie de acciones que permitan mejorar las relaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes, lo cual se acabará traduciendo en una mayor satisfacción de los usuarios con el servicio ofrecido por el hospital. Asimismo, la utilización de técnicas del marketing relacional tiene gran importancia tanto para el profesional como para el paciente porque influye en diferentes áreas como en la comunicación externa e interna del hospital o la atención al paciente, apoyándose en la base del conocimiento y control del mismo. De esta manera, los hospitales deberían tener un compromiso total hacia sus pacientes para que queden satisfechos con la asistencia y el cuidado recibido a lo largo de su experiencia en los centros médicos.

Para que la investigación sea más precisa, se va a centrar en el análisis de una determinada área del hospital, el servicio de oncología. Esta elección es debido a que el cáncer es una de las enfermedades más frecuentes en nuestra sociedad y cualquier investigación puede ser crucial para el desarrollo de mejoras de la calidad de vida de los pacientes. Los pacientes oncológicos debido a su enfermedad y al tratamiento que han de recibir para su cura, siguen largos procesos que conllevan estar muchas horas en las instalaciones hospitalarias y mantener un contacto continuo con el personal sanitario. Además, el hecho de que en los últimos años haya crecido el número de casos de cáncer, supone que gran parte de la población haya padecido o padezca esta enfermedad. Por este motivo, es fundamental la mejora de este servicio desde la perspectiva de las relaciones para que el paso del enfermo por el hospital sea lo más beneficioso posible y se consiga un control integral de la enfermedad por parte del personal.

Uno de los motivos que impulsaron la elaboración de esta investigación es la carencia de trabajos en este ámbito, puesto que una investigación sobre el marketing aplicado en el sector sanitario tendría gran importancia para el conocimiento científico. Realmente existe una relación entre el marketing relacional y el sector sanitario, ya que la esencia de la prestación de un servicio completo y de calidad reside en la construcción de relaciones entre el personal sanitario y los pacientes. Hay algunos trabajos que han ido apuntando a la aplicación de las técnicas del marketing en los servicios sanitarios públicos para la planificación y gestión de los recursos de los centros de salud (Ibáñez, 1996) y a la transcendencia de la calidad de los servicios percibida por el paciente, derivada de la satisfacción de los usuarios con el servicio y el personal sanitario (Satorres, 2008).

Otra de las razones que motivaron la realización de este estudio es que puede ser realmente relevante para la población y tener un gran beneficio social, ya que a través de él se puede demostrar que la aplicación de técnicas de marketing y más en concreto de marketing relacional pueden mejorar la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, lo cual será bueno para ambos. Esto permitirá que haya una buena comunicación entre ambas partes y que se cree un clima relacional beneficioso, en primer lugar, para los médicos, ya que la calidad de su trabajo se incrementará y, para los pacientes, porque les hará sentirse más acompañados durante todo el proceso de su enfermedad y comprendidos por los profesionales, así se encontrarán más cómodos a la hora de expresar sus opiniones y dificultades. A la larga podría traducirse en una mejora de su salud y bienestar. Como veremos a continuación, los conceptos que favorecen una buena comunicación y creación de relaciones sólidas estarán muy presentes a lo largo de este trabajo. Algunos de ellos son la confianza, compromiso, relación, satisfacción, calidad, comunicación y empatía.

## 1.1. Objetivos

Una vez expuesto el papel principal de la investigación y el valor que va a tener para la sociedad, se va a presentar el objetivo general de este trabajo y, por consiguiente, los objetivos específicos para lograr que se cumpla la meta:

El **objetivo general** que se plantea es analizar la experiencia del paciente oncológico en un hospital público en relación a las variables del marketing relacional e identificar las acciones necesarias para el desarrollo de una mejor relación entre el hospital y los pacientes.

Los **objetivos específicos** que se proponen son:

- Analizar **la comunicación entre el paciente y el personal sanitario**. Descubrir cómo es esa comunicación en base al lenguaje utilizado, la falta de información, dudas que surgen y preguntas a resolver, y la dificultad para comprender y recordar toda la información recibida.
- Estudiar **las relaciones entre el paciente y el personal sanitario**. Se considerarán aspectos como la confianza, el trato a los pacientes, el compromiso, la comprensión, el apoyo y la empatía por parte de los profesionales.
- Descubrir **la calidad del servicio percibida por los pacientes**. Se tendrán en cuenta la calidad de la prestación del servicio y la calidad técnica. También se considerará la importancia de humanizar la asistencia sanitaria.

- Determinar **el grado de satisfacción de los pacientes** tanto con la relación mantenida con el personal como con la calidad del servicio, a partir de la diferencia entre la prestación percibida y las expectativas de los enfermos.
- Identificar **necesidades emocionales y de información** de los pacientes y familiares para poder proponer acciones concretas que fomenten la creación de buenas relaciones entre los pacientes y el personal sanitario durante su experiencia en el hospital.

## 1.2. Estructura

A continuación, se explicará cómo se encuentra estructurado el trabajo, el cual está compuesto por 7 capítulos.

En el primer capítulo, se hace una breve presentación del tema, justificando la importancia de la investigación tanto para el conocimiento científico como para la sociedad, posteriormente se detalla el objetivo general y los específicos.

En el segundo capítulo, se encuentra el marco teórico que se centra en la conceptualización del marketing relacional. Se presenta la evolución del fenómeno estudiado, desde los paradigmas tradicionales hasta el enfoque actual y se muestran las principales variables del marketing relacional y sus beneficios. También se hace hincapié en una corriente de pensamiento vinculada al marketing de relaciones, el marketing de servicios.

En el tercer capítulo, se explica la situación actual del cáncer como enfermedad tanto en España como en Aragón, y se comenta la importancia de aplicar las técnicas del marketing relacional en el servicio de oncología.

En el cuarto capítulo, se profundiza en el trabajo de investigación, definiendo la metodología utilizada. En este apartado se detallan los instrumentos utilizados para la recolección de datos y se explica el perfil de la muestra seleccionada objeto de estudio.

El capítulo cinco se centra en los resultados obtenidos de las técnicas de investigación desarrolladas y se analizan esos datos, siguiendo el orden de los objetivos específicos.

En el capítulo seis, se plantean las conclusiones en base a los resultados del estudio y se hace una interpretación y discusión de ellos en función de los objetivos de la investigación.

Por último, en el capítulo siete, se exponen una serie de recomendaciones que mejoran el conocimiento actual y se hace un breve inciso en las limitaciones del trabajo y en futuras líneas de investigación.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Introducción

El propósito de este capítulo es presentar los conceptos teóricos del marketing relacional. Previamente se presenta la evolución del marketing haciendo un recorrido desde los paradigmas tradicionales hasta el enfoque actual. Esto nos permitirá entender las necesidades que llevaron al desarrollo de esta nueva corriente. Posteriormente, se profundiza en el concepto y los fundamentos del marketing de relaciones; después se exponen una serie de variables que influyen en la construcción de relaciones duraderas y, finalmente, se hace un breve inciso en el concepto de marketing de servicios y su relación con el marketing relacional.

### 2.2. Marketing Relacional

#### 2.2.1. Evolución al marketing relacional

El marketing, desde sus inicios, ha ido sufriendo una serie de transformaciones por la influencia de factores externos y cambios en el entorno. Por ello, es interesante comenzar conociendo todos aquellos enfoques que han precedido al marketing relacional.

Para comenzar, resulta necesario destacar la primera definición sobre el marketing que la American Marketing Association (1960) detalló como: *“La ejecución de ciertas actividades en los negocios que, de una forma planificada y sistemática, dirigen el flujo de mercancías y servicios desde el productor hasta el consumidor con beneficio mutuo”*. Esta concepción limitaba el marketing en el ámbito empresarial, considerando únicamente la actividad de dirección de flujo de bienes y servicios.

Así pues, autores como Kotler, Levy y Zaltman a final de los años 60, comenzaron a realizar nuevas propuestas para llevar al marketing más allá y extenderlo en el ámbito de las organizaciones no lucrativas y de las ideas, puesto que estas también tenían productos que ofrecer a sus clientes, sirviéndose de las herramientas de marketing. Además de introducirse el marketing en los distintos tipos de organizaciones, en su definición comienza entonces a estar más presente la idea de intercambio. Autores como Bagozzi y Hunt dan el impulso necesario con sus reflexiones: Hunt (1983) elabora una definición de marketing que detalla como *“la ciencia del comportamiento que busca explicar las relaciones de intercambio”*. Bagozzi (1975) por su parte precisa que: *“La aproximación transaccional del paradigma tradicional implica una orientación al mercado que se considera a corto plazo, con un principio y un final definidos por el mismo intercambio”*.

Así pues, el paradigma tradicional del marketing se caracteriza por incluir el concepto de las cuatro Ps del marketing mix y por la orientación transaccional a los clientes y se conoce como *marketing transaccional*. Este enfoque considera la actividad de intercambio como una transacción a corto plazo que se da en mercados, con clientes que tienen un papel pasivo como asegura Quesada, F. B. C., & Ruiz, L. G. (2007).

Sin embargo, tal y como afirma Iglesias (2004) este enfoque tradicional empezó a mostrar algunas carencias debido a que el entorno competitivo se hizo más fuerte. Se hicieron una serie de críticas a este paradigma ya que se consideraba que el marketing se encontraba aislado de algunas actividades de la empresa y, además, presentaba una orientación más centrada en el producto que en los consumidores. Una serie de factores externos, como la globalización y los cambios producidos en el entorno empresarial, como el incremento de la fuerza competitiva de las empresas, llevaron a que el marketing transaccional mostrase escasez de recursos para satisfacer los problemas del mercado. Además, los mercados maduros y esa fuerte competencia hicieron ver a las empresas la importancia de retener a sus clientes debido a la gran dificultad que tenían estas a la hora de captar nuevos clientes. Del mismo modo, tuvieron gran influencia las nuevas tecnologías y telecomunicaciones que vinieron de la mano de nuevas necesidades de los consumidores que requerían un valor adicional en su relación con las empresas.

Debido a estas circunstancias, se comienza a plantear un nuevo paradigma, incluyendo el término relación como pieza principal del estudio. De esta forma, el paradigma de intercambio empieza a ser relevante y es aquí donde podemos empezar a hablar de los principios de la filosofía del *marketing de relaciones*. "*El marketing relacional consiste en atraer, mantener y -en las organizaciones multiservicios- intensificar las relaciones con el cliente*" (Berry 1983). Esta es una de las primeras definiciones de *marketing relacional* que se determina. Esta nueva corriente de pensamiento comenzó a extenderse y muchos autores empezaron a seguir esta filosofía, haciendo sus aportaciones con una gran variedad de conceptos y significados. Muchos de estos autores, en sus definiciones propusieron una nueva visión más allá de que las relaciones eran únicamente entre la organización y sus clientes. Sino que también se incluía la participación de agentes como proveedores, distribuidores y hasta los propios empleados de la organización (Iglesias, 2004).

En el siguiente cuadro, se detallan las diferencias más relevantes entre el marketing transaccional y el marketing relaciones:

Tabla 1. Diferencias entre el marketing transaccional y el marketing relacional

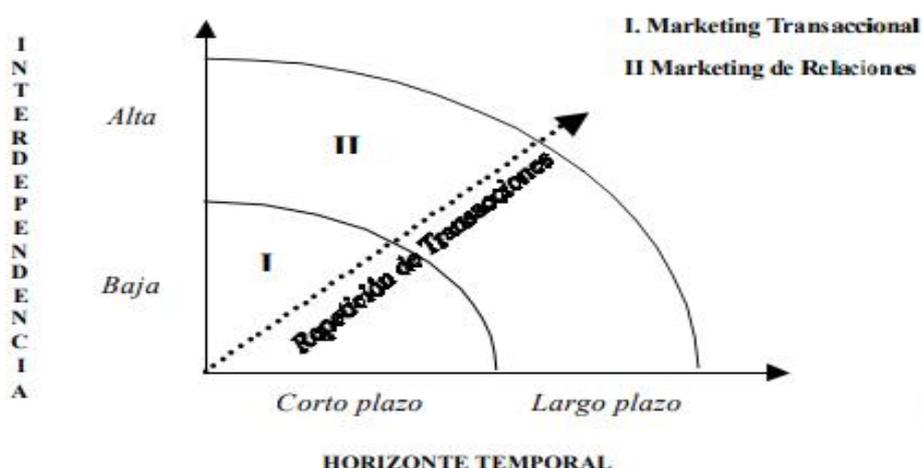
| Marketing transaccional  | Marketing relacional  |
|--|---|
| Perspectiva temporal a corto plazo                               | Perspectiva temporal a largo plazo                                  |
| Orientado a las características de los productos                 | Orientado a los beneficios del producto (valor para el cliente)     |
| El objetivo es captar nuevos clientes y realizar una única venta | El objetivo es retener a clientes y conseguir una relación duradera |
| Enfocado a las ventas y al intercambio comercial                 | Enfocado al cliente y al intercambio de valor                       |
| Poco compromiso con los clientes                                 | Alto compromiso con la relación mantenida con los clientes          |
| Poca importancia del servicio al cliente                         | Gran importancia del servicio al cliente                            |

Fuente: Elaboración propia

Así pues, existe una clara diferencia entre los paradigmas tradicionales, cortoplacistas con una orientación transaccional al mercado y el nuevo enfoque que surge como necesidad ante los cambios producidos en el entorno. Mientras que el *marketing transaccional* se centraba en el mero intercambio comercial, el *marketing relacional* busca mantener relaciones a largo plazo con los agentes con los que la empresa interactúa, gestionando esas relaciones con el objetivo de crear valor adicional.

Sin embargo, estos dos términos no se consideran incompatibles, sino que pertenecen a un proceso que ha sufrido una evolución, como muestra el siguiente gráfico. Cabe destacar que la repetición continua de transacciones requiere que haya una interdependencia alta entre las partes para que se de marketing relacional.

Ilustración 1. Del marketing transaccional al marketing relacional



Fuente: Wehrli y Jüttner (1994)

### 2.2.2. Definición de marketing relacional

*“El marketing relacional es la tarea empresarial de establecer, mantener y potenciar las relaciones con los clientes y otros participantes, socios en el beneficio, para que se cumplan los objetivos de todos los implicados” (Kotler, 1991).* Grönroos (1994) propone una definición desde un enfoque más amplio en la que reconoce como marketing relacional aquel proceso de *“identificar, establecer, mantener, intensificar y, cuando sea necesario, terminar las relaciones con los clientes y otras partes interesadas, con el fin de obtener un beneficio para todas las partes implicadas. Esto se puede lograr mediante un intercambio mutuo y por el cumplimiento de las promesas”*. Esta definición hace referencia a los conceptos más relevantes de esta nueva aproximación del marketing, es decir, el desarrollo de relaciones para que ambas partes logren un beneficio a través del intercambio y el cumplimiento de lo prometido.

Una de las definiciones más completas de marketing relacional fue la propuesta por Parra (1990) en la que incluye los valores esenciales del enfoque relacional y los principales agentes implicados en las relaciones con las organizaciones empresariales:

*“El marketing de relaciones consiste en establecer, desarrollar y comercializar relaciones a largo, medio y corto plazo con clientes, proveedores, distribuidores, entidades laterales (competidores, organizaciones no lucrativas y gobierno) y ámbito interno (empleados, departamentos funcionales y unidades de negocio), tales que permitan el mayor valor ofertado al consumidor final y, a la vez, la consecución de los objetivos de todas las partes mencionadas de la forma más eficiente para cada una de ellas” (pp.102)*

Esta definición, que permite entender con gran claridad el concepto de marketing relacional, recoge los elementos más importantes de este enfoque. El marketing de relaciones, en su orientación a largo plazo, se puede aplicar a todo tipo de clientes de la empresa, no solo los clientes finales. Además, el objetivo principal es la creación de valor para los consumidores y la consecución de los diferentes objetivos de sus clientes.

Así pues, se podría definir marketing relacional como el proceso mediante el cual las empresas invierten sus esfuerzos en establecer y mantener relaciones con orientación a largo plazo, tanto con sus clientes como con diferentes agentes de su entorno, con el objetivo de obtener un beneficio mutuo y el cumplimiento de promesas mediante la creación de valor.

El reto para los autores que defendían el marketing relacional era mostrar cómo se podía llegar a la **creación de valor** a través de la cooperación mutua entre las partes, dejando a un lado la competencia y el conflicto (Sheth y Parvatiyar, 1994). Es por eso que el marketing relacional tiene como objetivo la creación de valor para los clientes, así como para la propia organización, a través del desarrollo de relaciones orientadas al largo plazo que sean cada vez más estrechas entre ambas partes (Iglesias, 2004).

### 2.2.3. Variables del marketing relacional

En este epígrafe se van a tratar aquellas variables que a juicio de la literatura son las más relevantes dentro del marketing de relaciones. Estas variables, que serán explicadas a continuación, son: la confianza, el compromiso, la satisfacción, la calidad y la comunicación. Además, se resaltarán la importancia de otros conceptos ligados a estas variables.

El marketing relacional se apoya sobre dos conceptos básicos que permiten a las empresas establecer relaciones a largo plazo con sus clientes, la **confianza** y el **compromiso**. Estos dos elementos son claves para el éxito de la relación entre ambas partes (Morgan y Hunt, 1994). Zaltman y Deshpande (1992) definen **confianza** como: *“la disponibilidad para depender del compañero de intercambio en quien uno tiene confianza”* que se podría completar con la definición de Morgan y Hunt (1994) que afirma que la confianza: *“existe cuando una parte confía en la formalidad e integridad del compañero”*. Este concepto ha sido considerado por muchos autores en sus investigaciones para evaluar la confianza con respecto a las relaciones de intercambio, considerando la credibilidad y la benevolencia como componentes para que exista confianza (Ganesan, 1994; Kumar et al, 1995). La credibilidad es el grado en que una parte cree que la otra para ejecutará sus labores de una manera efectiva y fiable a partir de su experiencia (Ganesan, 1994). Esto también se llama honestidad o ser sincero (Morgan y Hunt, 1994). La benevolencia refleja el grado en el que una parte cree que la otra está interesada y preocupada por su bienestar.

Anderson y Weitz (1992) explican el concepto de **compromiso** relacional como *“el deseo de desarrollar una relación estable, la disponibilidad para hacer sacrificios a corto plazo para mantener la relación la confianza en la estabilidad de la relación”*. Varios autores (Morgan y Hunt, 1994; Moorman, Zaltman y Deshpande, 1992) coinciden en que el compromiso conlleva el deseo de mantener una relación valiosa siempre orientada a largo

plazo. Esta idea está muy ligada al concepto de cooperación, ya que el compromiso fomenta la colaboración entre las partes y permiten incrementar los beneficios de ambos (Anderson y Weitz, 1992). Planteamiento que Gummesson (2002) considera también fundamental afirmando que la colaboración se debe orientar a largo plazo para que ambas partes de la relación salgan beneficiadas de ella. Como último apunte, habría que señalar la relación existente entre estos conceptos esenciales del marketing relacional de modo que, el objetivo de establecer relaciones continuas con los clientes que tengan su base en el compromiso relacional y la confianza, sería la creación de valor para los clientes de la organización. (Iglesias, 2004).

Dentro de un entorno relacional, la **satisfacción** del cliente indica que, en una relación, los comportamientos de ambas partes están dirigidos a obtener el bienestar de la otra parte, es decir, no se trata de acciones puntuales, sino que la satisfacción es un indicador que permite la valoración del conjunto de interacciones que ha tenido el consumidor con la organización (Álvarez, L. S. et al., 2007). Todas las acciones y estrategias de las organizaciones orientadas al cliente siempre están dirigidas a obtener la satisfacción del consumidor. Una definición de satisfacción es la que proponen Kotler y Keller (2006) que la definen como *“una sensación de placer o de decepción que resulta de comparar la experiencia del producto o servicio (o los resultados esperados) con las expectativas de beneficios previos”*. Por ello, la satisfacción se considera una variable importantísima del marketing relacional. Un servicio o producto tendrá éxito solo si consigue la satisfacción del consumidor y es capaz de ofrecer valor (Kotler, 2000). La satisfacción de un cliente es el resultado de la impresión causada por la experiencia con el producto o servicio, siendo la diferencia entre las expectativas y los sentimientos procedentes de esa experiencia (Oliver, 1980). Cabe destacar que la satisfacción consigue generar lealtad en el cliente, lo que provocará la retención del público de interés de la empresa.

La **calidad**, como se ha comentado anteriormente, es un concepto que está relacionado con la satisfacción y ambos son elementos fundamentales para obtener lealtad en el cliente (Setó, 2003), por ello, hay que destacar la calidad como variable relevante en el marketing relacional. Buzzell y Gale (1978) definen calidad de un producto o servicio como *“lo que el cliente percibe que es”*. De este modo, es de interés para la organización cómo los clientes perciben y evalúan la calidad del producto o servicio. Es por ello que la calidad es percibida de manera subjetiva, en función de los juicios de valor de cada cliente, haciendo muy difícil su medición para las organizaciones.

La calidad tiene una gran importancia como componente diferenciador en las empresas, principalmente en las productoras de servicios. En cuanto al concepto de calidad del servicio se considera relevante destacar la Escuela Nórdica, puesto que uno de sus autores más relevantes estableció dos dimensiones relacionadas entre sí, la calidad funcional y la calidad técnica. Grönroos (1984) afirmó que la calidad funcional son aquellos aspectos que están relacionados con el proceso de prestación de servicios. Entre estos se encuentran: la calidad de prestación del servicio, cómo se presenta el servicio y la experiencia del cliente con dicho proceso. Por otro lado, se refiere a la calidad técnica como el resultado de la prestación del servicio, qué es lo que se está ofreciendo con el servicio y lo que los clientes obtienen. Más adelante, en 1984, Grönroos incorpora un tercer concepto conocido con el nombre de calidad organizativa o imagen corporativa y es la calidad percibida por el cliente de la propia organización. Estos elementos serán determinantes para ofrecer un servicio de calidad total a los consumidores, y permitirá a las organizaciones diferenciarse de la competencia ofreciendo mayor valor a sus clientes y obteniendo su satisfacción.

Para ser capaces de establecer relaciones con los clientes no solo es necesario que estén satisfechos con el producto o servicio ofrecido, sino que hay que ser capaces de crear un vínculo con ellos y para ello adquiere gran importancia la **comunicación** entre ambas partes. Asimismo, es conveniente que la comunicación sea personalizada y directa para cada cliente, además de recíproca y eficaz. La comunicación es una variable esencial para el éxito en las relaciones a largo plazo, ya que las personas son únicas y diferentes por lo que requieren una comunicación flexible que se adapte a sus necesidades.

Cuando la empresa busca crear un vínculo con sus clientes es relevante que mediante la comunicación se consiga transmitir mucho más para crear un sentimiento de afecto. Martínez (2003) sugiere que: *“Ahora que con la mercadotecnia de relaciones entramos en una nueva era filosófica de la mercadotecnia en la que los intercambios se centran menos en el utilitarismo y más en el humanismo (en las relaciones y el mutuo bienestar de los humanos), es importante reconocer a la gente por lo que es y por lo que hace.”* En esta definición, se destaca el concepto de humanismo, manifestando que, los intercambios deben realizarse desde esta visión ya que fomentaría relaciones e interacciones de mayor calidad, consiguiendo crear un vínculo más fuerte entre las partes. Este concepto da una nueva perspectiva de la relación existente entre las personas y la sociedad (J. Cavazos-Arroyo, 2017).

#### 2.2.4. Marketing relacional aplicado a los servicios

Las particularidades de los servicios, debido a su naturaleza, requerían un marketing específico frente a las características de los productos físicos, ya que los intercambios se desempeñaban de forma diferente. En los años 70, debido a un discurso de Johnson (1969), se empieza a discutir esta diferencia entre los servicios y los bienes tangibles. Esto genera una nueva corriente de pensamiento que busca solucionar aquellas ineficiencias que no podía resolver el paradigma tradicional del marketing en el ámbito de los servicios. Así pues, aparece el *marketing de servicios*, el cuál fue un antecedente del marketing relacional y sobre él se sientan los cimientos de este enfoque posterior. Arellano (2000) define el concepto de marketing de servicios como *“la especialidad del marketing que se ocupa de los procesos que buscan la satisfacción de las necesidades de los consumidores, sin que para ello sea fundamental la transferencia de un bien hacia el cliente”*. De esta manera, el marketing de servicios tiene como objetivo satisfacer la necesidad de un cliente, a través de una actividad intangible sin necesidad de intercambio de un producto físico.

Previamente, resulta relevante conocer el concepto de servicio, definido por Kotler (1995) como: *“cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra. Es esencialmente intangible y no se puede poseer. Su producción no tiene porqué ligarse necesariamente a un producto físico”* y sus principales características, las cuales son: *la intangibilidad, la heterogeneidad, la inseparabilidad y la caducidad (Kotler, Keller, 2009)*. Esto se refiere a que un servicio no se puede probar antes de ser comprado, ya que es el resultado de una acción. Es muy difícil que un mismo servicio sea igual en todas sus prestaciones, debido a que son muy variables. Además, la mayoría de veces es necesaria la interacción entre personas para que dé lugar al servicio y se debe consumir en el mismo momento que se proporciona. Asimismo, las características de los servicios hacen que las interacciones que se producen entre la empresa y los clientes sean un factor esencial (Barroso y Martín, 1999), puesto que el desarrollo de un servicio en el que participan ambas partes es un proceso que puede dar lugar a una relación factible (Castro, 1999).

Por lo tanto, los servicios requieren el desarrollo de una relación basada en una comunicación efectiva, principios y valores humanos (Castellanos, J.C.C. 2011). Así pues, se observa el vínculo existente entre ambas corrientes de pensamiento y se puede afirmar que el marketing de servicios es el punto de inicio del marketing relacional.

El marketing de relaciones se ha desarrollado en base a una diversidad de aportaciones del marketing de servicios y los servicios han impulsado el desarrollo de relaciones, no solo en empresas productoras de servicios, sino en organizaciones presentes en todo el mercado (Castro, 1999).

### **3. CONTEXTUALIZACIÓN**

#### **3.1. Sector sanitario: el cáncer y la oncología médica**

El Servicio Sanitario Español fue creado para suministrar un aseguramiento público sanitario a todos los habitantes del territorio español y en el presente, la cobertura del servicio en España es prácticamente universal. Este sistema es uno de los que más transformaciones ha tenido estos últimos años entre los países occidentales y sus principales características son la universalización de la asistencia, la accesibilidad y la descentralización. Hoy en día, cada Comunidad Autónoma se encarga de la gestión de sus competencias en salud, pero a nivel nacional, la sanidad se califica como un servicio de gran calidad y con una amplia variedad de prestaciones. Actualmente, la sanidad pública dispone de 18.055 puestos de hospital de día y 457 hospitales públicos, cifras aportadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y que afirman que paulatinamente se están incrementando (Sistema Nacional de Salud, 2018). El Sistema de Salud es realmente importante para la sociedad y existe una necesidad de cuidar este sector. La calidad de la atención sanitaria y la seguridad son asuntos que pasan a un primer plano ya que son factores importantes de cara a la satisfacción del paciente y efectividad del sistema. Por ello, cualquier investigación y aplicación de avances tecnológicos supondrían una mejora del servicio y más aún para la calidad de vida de las personas.

Dentro de este contexto, una de las áreas que está teniendo mayor importancia en cuanto a nuevos casos es el área oncológica. Cada vez es mayor el número de personas que padecen esta enfermedad. El cáncer es un término que recoge un conjunto de enfermedades determinadas por la proliferación de células anormales ubicadas en cualquier zona del cuerpo. La célula, conocida como cancerosa o tumoral, es incapaz de morir y se prolifera sin limitación alguna. Los “tumores” o “neoplastias” son masas configuradas por un conglomerado de estas células que se proliferan por el cuerpo humano sin límite alguno. Estas células cancerosas tienen la capacidad para propagarse, afectando y reemplazando los tejidos normales del cuerpo humano. ( Puente y De Velasco, 2017).

El cáncer es actualmente la principal causa de fallecimiento en países desarrollados y una de las enfermedades que más se diagnostica en nuestro país, siendo una de las patologías más habituales en nuestra sociedad. Esto es debido a una serie de factores que han influido en estos últimos 20 años, como el incremento de la población, su envejecimiento (factor de alto riesgo), facilidad de diagnóstico de la enfermedad, la supervivencia de enfermos gracias a los tratamientos terapéuticos y avances tecnológicos, y las crecientes investigaciones sobre el tema. Además, el entorno que rodea a la sociedad influye de manera negativa a su salud debido a la creciente contaminación en las grandes ciudades, el sedentarismo, la alimentación, el tabaco y el alcohol. No obstante, las cifras de mortalidad y de incidencia han disminuido para algunos tipos de cáncer. Un indicador de ello puede ser la mejora y perfeccionamiento de tratamientos y el diagnóstico prematuro.

A nivel nacional, para las mujeres, los tumores más comunes son el cáncer de mama y el de colon y para los hombres el cáncer de próstata, el de pulmón y el de colon. La incidencia de cáncer es el número de casos que aparecen nuevos en un año y es una medida que permite contabilizar la frecuencia de la enfermedad. En 2017, se diagnosticaron aproximadamente 228.482 nuevos casos de cáncer en España, siendo el 60% de los nuevos casos hombres, frente al 40% de mujeres. Por lo tanto, a nivel nacional es mayor la incidencia en los hombres (Carmona-Torres, J. M. et al., 2018). En Aragón, esta enfermedad constituye la segunda causa de muerte para ambos sexos, la primera para hombres y la segunda para mujeres, representando el 28,5% de las defunciones totales en la Comunidad Autónoma, según los datos proporcionados por el Instituto Aragonés de Estadística<sup>1</sup>. El siguiente cuadro revela el número total de incidencias en Aragón diferenciando según el sexo de los habitantes y se puede apreciar que también a nivel regional la enfermedad es más frecuente en los hombres.

*Tabla 2. Número de nuevos casos de cáncer en Aragón en 2017*

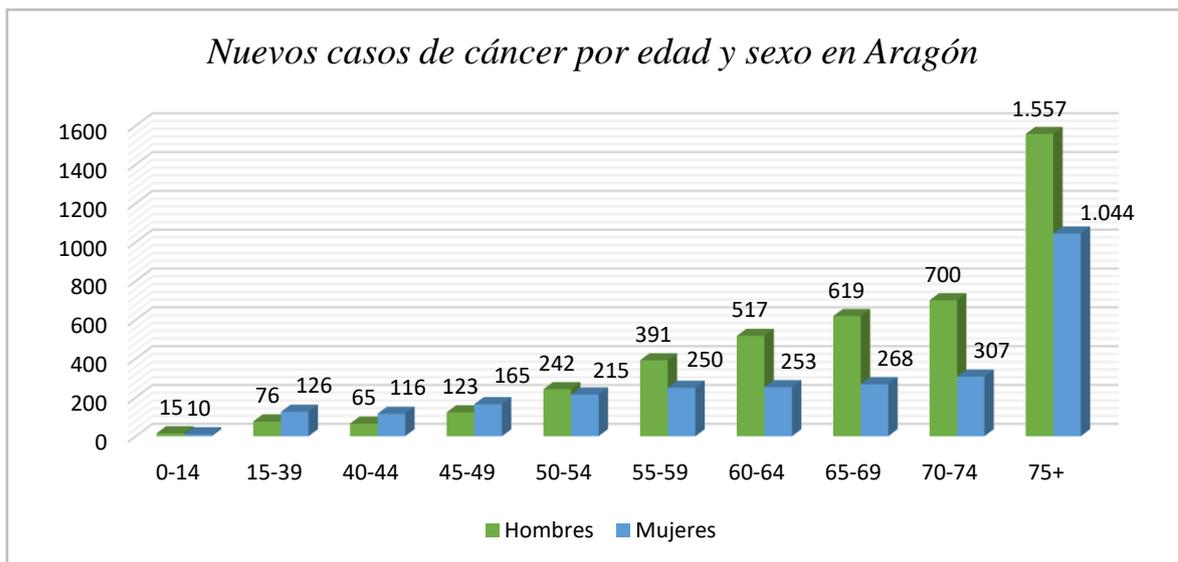
| <i>Incidencias totales</i> | <i>Inc. en hombres</i> | <i>Inc. en mujeres</i> |
|----------------------------|------------------------|------------------------|
| 7.059                      | 4.305                  | 2.754                  |

*Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer (2017)*

<sup>1</sup>[http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documents/docs/Areas/Comunicados/Causasdemuerte\\_2016\\_Comunicado.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/Documents/docs/Areas/Comunicados/Causasdemuerte_2016_Comunicado.pdf)

Con los datos proporcionados por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), se ha podido elaborar el gráfico posterior, que refleja cómo la edad es un alto factor de riesgo e incrementa la probabilidad de padecer la enfermedad. Este gráfico contiene cifras del año 2017 que indican el número de nuevos casos de cáncer según por edad y por sexo en Aragón. Hasta los 45-49 años se han detectado más nuevos casos de cáncer en mujeres, pero a partir de los 50, el número de incidencias en los hombres supera con creces el número de incidencias en mujeres (AECC, 2017).

*Gráfico 1. Nuevos casos de cáncer por edad y sexo en Aragón*



*Fuente: Asociación Española Contra el Cáncer (2017)*

Si analizamos la mortalidad, cabe destacar que desde el año 1999 se ha reducido tanto para mujeres como para hombres (Departamento de Sanidad, 2017). No obstante, esta enfermedad es uno de los principales motivos de hospitalización en centros de atención especializada. En términos generales, un 66,07% de la población aragonesa opta por consultas de atención especializada mientras que un 75% accede a la hospitalización de hospitales públicos. Esto significa que más de la mitad de la población elige la sanidad pública como primera opción para su salud, siendo la segunda comunidad española con mayores cifras en este aspecto (Gobierno de Aragón, 2017).

La oncología médica es la especialidad que se encarga de la evaluación y cuidado de los pacientes con cáncer. La Comisión Nacional de la Especialidad define Oncología Médica como *“una especialidad que capacita para la evaluación y el tratamiento médico, tanto global como específico, de los pacientes con cáncer. El oncólogo médico, con una amplia formación en*

*Medicina Interna, se especializa en la atención del enfermo con cáncer como un «todo». Su objetivo es el cuidado del enfermo desde el diagnóstico, incluyendo el tratamiento y el seguimiento, hasta la curación o durante el periodo terminal del enfermo”.* Los oncólogos deben poseer una serie de conocimientos específicos tanto teóricos como prácticos que les permiten desempeñar sus funciones en base a las exigencias de su profesión. La competencia profesional de la especialidad requiere que el oncólogo además de conocimientos sobre la enfermedad, procedimientos, tratamientos y diagnóstico posea una serie de actitudes y capacidades esenciales para atender a los pacientes. Los oncólogos deben tener un comportamiento adecuado, demostrando comprensión hacia el enfermo y su familia, siempre desde el respeto y la honestidad. Tienen que informar correctamente de métodos eficientes para el diagnóstico precoz de la enfermedad y de su prevención, así como de la propia enfermedad y de las posibles opciones de tratamiento (indicando beneficios, efectos adversos, recomendaciones...). Deben demostrar compasión y dedicación con su profesión y su conducta debe ser congruente con las normas éticas de la profesión. De este modo, conseguirán la confianza de los pacientes y su satisfacción con el servicio asistencial recibido. (Comisión de Docencia H.U.Miguel Servet, 2016).

El problema existente en el sistema sanitario público es que está rendido a la política y economía española, que incurren en su estructura provocando largas listas de espera que llevan al descontento e insatisfacción general de la población. Además, el cúmulo de pacientes en los servicios provocan una desmotivación y desgaste de los profesionales, haciendo que los servicios asistenciales brindados pierdan calidad y dejen de ofrecer valor adicional al paciente. El cáncer es una enfermedad que requiere humanismo y un trato personalizado por parte del personal, ya que son pacientes que requieren ser informados en gran cantidad de aspectos respecto al cuidado de la enfermedad. Es necesario que los pacientes muestren sus miedos y dudas a los profesionales, pero muchas veces la relación existente entre ambos y el interés mostrado por el personal es un impedimento para ello. Por lo tanto, existe esa necesidad de desarrollar una serie acciones que promuevan mejores relaciones que den lugar a la creación de un clima de confianza entre el paciente y el personal sanitario. Esto permitirá un progreso de la gestión clínica en este aspecto.

Como se ha comentado con anterioridad, las técnicas del marketing parecen estar reñidas con los servicios de la salud, pero realmente pueden servir como un instrumento de apoyo gracias al enfoque relacional actual. El marketing puede ayudar a mejorar los servicios oncológicos gracias a su orientación social puesto que esta orientación hacia las personas

supone que su uso sea una ventaja para ofrecer una atención asistencial de mayor calidad. También es relevante la utilización de sus herramientas desde el área de la investigación, medición y análisis para conocer datos como la satisfacción de los pacientes con el trato recibido, sin dejar a un lado el procedimiento de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas apropiadamente en base a sus necesidades y exigencias en materia de salud. (Rubio Cebrián, 1995). A nivel interno, el marketing sanitario tiene gran valor para la organización, ya que favorece la imagen del servicio que transmiten los centros de salud y permite mejorar su reputación y la de los profesionales, y, además, ayuda a hacer un uso más eficiente de los recursos, mejorando la gestión interna y concienciando a los profesionales con el objetivo de la organización, estimulándolos y motivándolos (Priego Álvarez, 2001). La motivación permite que el personal muestre un compromiso con el paciente, sus sentimientos y emociones, tratando de transmitir una imagen tranquilizadora que genere confianza y seguridad en el enfermo oncológico, muy necesario para el largo proceso de tratamiento y curación.

En los siguientes capítulos, a través de una metodología científica se va a plantear qué es necesario hacer para poder aplicar el marketing relacional en este contexto. Se quiere alcanzar el objetivo definido al principio de este trabajo, el cual es conseguir el desarrollo de una mejor relación entre el personal sanitario y los pacientes. De modo que, en primer lugar, se hará un profundo análisis de las relaciones en el servicio oncológico y su situación actual a través de las variables del marketing relacional. Así, se logrará identificar los problemas y carencias para que a continuación se pueda dar soluciones, se tomen medidas correctoras y se propongan acciones para que las partes involucradas en esta relación estén satisfechas. De tal forma que se consiga un mejor funcionamiento del sistema y tanto pacientes como profesionales se encuentren en un ambiente más distendido.

## **4. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

### **4.1. Metodología**

En esta sección se va a presentar la metodología utilizada en el estudio empírico de este Trabajo de Fin de Grado. El principal objetivo es analizar la experiencia del paciente oncológico en un hospital público zaragozano en relación a las variables del marketing relacional e identificar las acciones necesarias para el desarrollo de una mejor relación entre el hospital y los pacientes. Los objetivos específicos de esta investigación han sido detallados en el punto 1.1 del trabajo.

Debido a la ausencia de investigaciones sobre el tema se ha de tener una primera aproximación al problema, por ello, se tratará de una investigación exploratoria a través de la cual se propondrán ideas y soluciones a ese problema. Además, la investigación tendrá un enfoque cualitativo, ya que resulta adecuado para la comprensión de las conductas de la población objeto de estudio.

Las técnicas utilizadas para alcanzar los objetivos han sido la **entrevista en profundidad** y el **grupo de discusión**. La elección de estas técnicas cualitativas se debe a que resultan apropiadas para entender en profundidad aquello que se quiere investigar. Las entrevistas y los grupos focales van a permitir que se comprenda mejor el punto de vista del paciente, recogiendo y analizando todos los pensamientos, percepciones y opiniones de los entrevistados, al igual que sus deseos y necesidades. Además, el ámbito de la salud es un tema que involucra diferentes perspectivas dependiendo de la cultura, de las creencias y de los comportamientos de cada paciente y es conveniente emplear este tipo de investigación porque posibilitará obtener información de distintas experiencias en un mismo servicio. Como esta investigación trata sobre un tema delicado, la utilización de estas técnicas permitirá crear un clima de confianza fundamental para la obtención de argumentos sólidos y de calidad, y principalmente para que los entrevistados se sientan cómodos durante el proceso.

#### **4.2. Diseño de la entrevista en profundidad y el grupo de discusión**

Una vez definido el problema y los objetivos de la investigación, para la recogida de información se elaboraron dos guiones con los temas que se querían tratar para dar respuesta a los objetivos del trabajo, uno para las entrevistas en profundidad y otro para el grupo de discusión. Ambos se ordenaron siguiendo la misma estructura, organizados por bloques, incorporando las posibles preguntas y procurando evitar preguntas cerradas para motivar a los entrevistados a expresarse sobre el tema. Antes de realizar algunas preguntas, se hace una breve introducción sobre el tema que se va a hablar para poner en situación al entrevistado. Ambos guiones se muestran en el anexo I y son muy similares, simplemente se incluye algún matiz distinto debido a la dinámica diferente de cada una de las técnicas.

Las entrevistas son semiestructuradas, es decir, constan de un guion que, como ya se ha dicho, ha sido elaborado previamente con preguntas abiertas para que los entrevistados puedan contestar libremente, expresando sus opiniones y matizando sus respuestas.

Además, esto da lugar a que durante el encuentro puedan ir fluyendo los diferentes temas y se puedan ir relacionando las respuestas con otras que van surgiendo de los distintos bloques. Los cinco bloques en los que están divididos los guiones son los siguientes:

*Tabla 3. Estructura de los guiones*

| <b>ESTRUCTURA</b> |                            |
|-------------------|----------------------------|
| <b>BLOQUE 1</b>   | Comunicación - Información |
| <b>BLOQUE 2</b>   | Relaciones                 |
| <b>BLOQUE 3</b>   | Calidad del servicio       |
| <b>BLOQUE 4</b>   | Satisfacción               |
| <b>BLOQUE 5</b>   | Sugerencias                |

Los cuatro primeros bloques profundizan en los temas que aportan información sobre los cuatro primeros objetivos específicos del trabajo. Al último objetivo, que corresponde a las diferentes necesidades que les surgen a los pacientes, no se le dedica expresamente un bloque debido a que estas necesidades van surgiendo a lo largo de la conversación. En el análisis posterior de las entrevistas se identifican estas carencias sin que sea necesario preguntar por ellas explícitamente. Los propios pacientes pueden aportar y proponer acciones determinadas que promuevan el desarrollo de mejores relaciones, por ello en el último bloque, se les pide a los pacientes que aporten sugerencias para enriquecer el servicio.

Por lo tanto, el desarrollo de las entrevistas y el grupo de discusión fue de la siguiente manera: En primer lugar, tras el saludo se realizó la presentación de la investigación, explicando el tema a tratar y la finalidad del estudio. Se comenzó con unas preguntas sobre cómo fueron los inicios del paciente en la enfermedad y sobre su estado actual, para intentar crear un clima de confianza y, seguidamente, se hizo una pregunta general sobre la experiencia del paciente en el hospital, para incitar a hablar a los entrevistados y a los participantes del grupo de discusión.

En el primer bloque, se habló sobre el papel que juega la comunicación en la enfermedad, cómo es esa comunicación entre el paciente y el médico y la información que recibían los pacientes. En este bloque se trataba de identificar qué aspectos fallan en esa comunicación y las necesidades de información que tienen los pacientes durante su enfermedad.

Posteriormente, se profundizó en las relaciones mantenidas entre los profesionales y los pacientes, haciendo preguntas relacionadas con las variables del marketing relacional.

En este bloque se intentó que los entrevistados reflexionasen sobre esa relación a partir de sus sentimientos y sensaciones.

En el tercer bloque se preguntó sobre la percepción que los pacientes tenían acerca de la calidad del servicio, qué esperaban de él y si el resultado había sido el deseado.

A continuación, con el cuarto bloque, se quería conocer si los pacientes se encontraban satisfechos tanto con la relación mantenida con el personal sanitario como con la calidad del servicio oncológico y cuales eran aquellos aspectos con los que estaban más o menos contentos del servicio.

En el quinto y último bloque, se solicitó a los entrevistados alguna sugerencia para mejorar el servicio, otra vez en base a las relaciones y a la calidad. Y finalmente, se despidió la entrevista y el grupo de discusión agradeciendo la colaboración de los participantes.

#### **4.2.1. Entrevistas en profundidad**

Las entrevistas en profundidad realizadas fueron tres. Estas entrevistas se caracterizan por ser personales y directas, con las que se pretende descubrir los sentimientos, actitudes y opiniones de los entrevistados en cuanto a su experiencia en el servicio oncológico. De esta manera, se tratará de obtener información más detallada, principalmente sobre carencias y necesidades personales que surgen en el servicio para poder proponer mejoras y soluciones.

*Tabla 4. Ficha técnica: Entrevistas en profundidad*

|   |  |
|---|--|
| <b>Técnica de obtención de la información</b> | Entrevista en profundidad              |
| <b>Fecha de trabajo de campo</b>              | 5 y 16 de julio                        |
| <b>Número de entrevistas</b>                  | 3                                      |
| <b>Población objeto de estudio</b>            | Pacientes con enfermedades oncológicas |
| <b>Técnicas de selección de entrevistados</b> | Secundarias                            |
| <b>Duración media de las entrevistas</b>      | 30 minutos (Aprox.)                    |

Se contactó con tres pacientes, a través de redes secundarias y desde el primer momento, estuvieron dispuestos a participar en la investigación. Se habló con ellos a través de vía telefónica para concertar la cita y se les explicó brevemente de que trataba la investigación, los temas que se iban a considerar y la duración aproximada de las entrevistas. Las tres entrevistas se realizaron en el comedor de una casa, por lo que el ambiente era tranquilo y agradable para que los entrevistados se sintiesen cómodos y no tuviesen ninguna distracción, sin ruidos.

#### 4.2.2. Perfil de los entrevistados

Para la selección de los entrevistados, se tuvieron en cuenta una serie de criterios. Principalmente, debían ser pacientes que estuviesen sufriendo una enfermedad oncológica actualmente, o muy recientemente (que la hubieran superado no más de 6 meses antes de realizar la entrevista). Además, tenían que ser pacientes que hubiesen recibido algún tipo de tratamiento (principalmente quimioterapia o radioterapia), ya que estos deben ir con cierta frecuencia al hospital y tienen un contacto continuo y directo con el personal sanitario. De ahí que se considere la variable, “frecuencia visita al hospital”. Se hace esta distinción puesto que existen pacientes oncológicos que no han recibido un tratamiento y apenas han tenido contacto con el servicio. Se ha seleccionado a pacientes con diferentes tipos de cánceres, ya que siguen procesos diferentes de detención de la enfermedad y pueden tener diferentes perspectivas del servicio. Otro de los criterios que se ha tenido en cuenta es que los pacientes debían a ver sido tratados en un hospital público zaragozano y se ha buscado que provengan de distintos hospitales. Así pues, los entrevistados fueron un hombre y dos mujeres, considerando el sexo como otra variable que se ha tenido en cuenta, independientemente de la edad. En la siguiente tabla se recogen los datos más relevantes del perfil de los entrevistados:

*Tabla 5. Perfil de los entrevistados*

|                                   | <b>ENTREVISTADO<br/>N.º 1 (E1)</b>      | <b>ENTREVISTADO<br/>N.º 2 (E2)</b>                | <b>ENTREVISTADO<br/>N.º 3 (E3)</b>                    |
|-----------------------------------|---|---|---|
| <b>Género</b>                     | Hombre                                  | Mujer   | Mujer   |
| <b>Edad</b>                       | 58                                      | 58  | 54  |
| <b>Ocupación</b>                  | Frutero                                 | Médica de atención<br>primaria                    | Pensionista   |
| <b>Tipo de<br/>enfermedad</b>     | Cáncer de colon                         | Cáncer de mama                                    | Cáncer de ovario,<br>hígado, esternón y<br>peritoneo. |
| <b>Hospital</b>                   | Hospital Universitario<br>Miguel Servet | Hospital Clínico<br>Universitario Lozano<br>Blesa | Hospital Clínico<br>Universitario Lozano<br>Blesa     |
| <b>Frecuencia<br/>al hospital</b> | Cada tres semanas                       | Cada tres semanas                                 | Cada 2-3 semanas                                      |

### 4.2.3. Grupo de discusión

Para obtener más información y profundizar en la investigación, se procedió a realizar un grupo de discusión. Este consistió en una entrevista a un grupo de personas en la que conversaron sobre temas vinculados a los objetivos de la investigación, opinando libremente a partir de preguntas propuestas por el moderador. Además de información sobre la experiencia, ideas u opiniones de los participantes, el grupo de discusión permite descubrir sus reacciones ante las respuestas de otros participantes, con la posibilidad de abrir un debate entre ellos para obtener diferentes puntos de vista sobre un mismo tema.

*Tabla 6. Ficha técnica: Grupo de discusión*

|   |  |
|---|--|
| <b>Técnica de obtención de la información</b> | Grupo de discusión                     |
| <b>Fecha de trabajo de campo</b>              | 6 de julio                             |
| <b>Población objeto de estudio</b>            | Pacientes con enfermedades oncológicas |
| <b>Técnicas de selección de entrevistados</b> | Secundarias                            |
| <b>Duración del encuentro</b>                 | 1 hora y 30 minutos                    |

El grupo de discusión se llevó a cabo en un aula del Hospital Materno Infantil (Hospital Universitario Miguel Servet) de Zaragoza. Los participantes del grupo de discusión fueron cinco pacientes y se contactó con ellos a través de redes secundarias. El grupo de discusión se desarrolló en un buen ambiente, la sala era amplia y sin ruidos. Todos los pacientes se sentaron alrededor de una mesa redonda y estuvieron participativos, aportando sus ideas y opiniones, y fueron capaces de crear un intenso dialogo entre ellos.

### 4.2.4. Perfil de los participantes del grupo de discusión

Entre las personas que participaron en el grupo de discusión existía cierto grado de homogeneidad, puesto que todos eran pacientes con una enfermedad oncológica y habían sido tratados en el Hospital Miguel Servet. Hubo homogeneidad en la variable hospital, puesto que el grupo de discusión fue convocado gracias a redes secundarias que tenían influencia en este hospital. Se consideraron prácticamente los mismos criterios utilizados en las entrevistas en profundidad. Tenían que ser personas que actualmente tuviesen la enfermedad o que la hubiesen superado muy recientemente. Además, tenían que ser pacientes que hubiesen recibido algún tipo de tratamiento (principalmente quimioterapia o radioterapia). En la variable sexo hubo heterogeneidad ya que se entrevistó a tres mujeres y dos hombres.

Una de las limitaciones del trabajo es que fue muy difícil convocar a personas que estuviesen dispuestas a participar en el estudio, debido a su salud y circunstancias. Por lo que, no se tuvo en cuenta que el tipo de enfermedad de los pacientes fuese diferente entre sí. Cabe destacar que en la variable “Frecuencia vista al hospital” en algunos pacientes es anual porque recientemente se les dio el alta. En la siguiente tabla se muestran los datos más relevantes de los participantes del grupo de discusión:

*Tabla 7. Perfil de los participantes del grupo de discusión*

|           | <b>SEXO</b> | <b>EDAD</b> | <b>OCUPACIÓN</b>       | <b>TIPO DE ENFERMEDAD</b>  | <b>HOSPITAL</b>                      | <b>FRECUENCIA VISITA AL HOSPITAL</b> |
|-----------|-------------|-------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>G1</b> | Hombre      | 62          | Jubilado               | Cáncer de riñón            | Hospital Universitario Miguel Servet | Anual                                |
| <b>G2</b> | Mujer       | 58          | Incapacidad absoluta   | Cáncer de mama metastásico | Hospital Universitario Miguel Servet | Anual                                |
| <b>G3</b> | Mujer       | 55          | Incapacidad absoluta   | Cáncer de mama             | Hospital Universitario Miguel Servet | Anual                                |
| <b>G4</b> | Hombre      | 51          | Vigilante de seguridad | Cáncer de testículo        | Hospital Universitario Miguel Servet | Anual                                |
| <b>G5</b> | Mujer       | 31          | Baja médica            | Cáncer de mama hereditario | Hospital Universitario Miguel Servet | Cada dos semanas                     |

## **5. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Tras el diseño de la investigación y la recogida de información, se procesaron y se analizaron los datos. En esta etapa se siguieron una serie de pasos: en primer lugar, se transcribieron tanto las entrevistas como el grupo de discusión a un documento de texto para su posterior análisis a través de la codificación de la información. Los códigos utilizados para la categorización de estos documentos aparecen en el Anexo II. Seguidamente, para relacionar y sintetizar la información obtenida de las entrevistas y el grupo focal se elaboró una matriz de resultados, incorporada en el Anexo III.

Para exponer los resultados obtenidos del trabajo de investigación, se seguirá el orden asociado a los objetivos específicos del estudio. Se comenzará exponiendo las diferentes respuestas vinculadas con la comunicación e información. En segundo lugar, aquellas que se

refieren a las relaciones desarrolladas en el servicio. Tras ello, se expondrán las opiniones con respecto a la calidad del servicio. Posteriormente, se hablará sobre la satisfacción de los pacientes y sus necesidades. Y en último lugar se detallarán las sugerencias realizadas por los entrevistados.

## **1. COMUNICACIÓN – INFORMACIÓN**

El primer objetivo del estudio es descubrir cómo es la comunicación entre el paciente y el personal sanitario, a través de algunos aspectos como el lenguaje utilizado, las dudas y preguntas que le surgen al paciente, la comprensión y recuerdo de la información recibida y la falta de información. La comunicación es fundamental para el desarrollo de una buena relación, por ello se profundiza bastante en este tema. Además, en una enfermedad, la información que se aporta es clave para el cuidado del paciente y su bienestar.

### **1.1. Cómo es la comunicación**

Varios pacientes coinciden en que la comunicación en consulta es muy fría, el médico está serio y utilizan un tono de voz duro y fuerte *“Fría, es muy fría. No te dicen las cosas sonriendo, te lo dicen muy serios, con tono fuerte para que espables (E2)”*. Así pues, el entrevistado E1 asegura que *“El tono de voz es fundamental en la comunicación de una noticia.”* Por ello, la mayoría de participantes del grupo de discusión reconocen que es tan importante, lo que te van a decir como las formas en las que te lo dicen. *“La comunicación es muy importante, además de que te van a decir, es muy importante cómo te lo van a decir (G3)”* A raíz de este tema, un participante del grupo de discusión afirma que *“Suelen informar, pero no comunicar (G2)”* y esto es un problema tanto para la relación como para las emociones de los pacientes.

El participante G2 justifica la forma de comunicar de los médicos con la falta de un protocolo de comunicación. Asegura que los profesionales hablan en función de su personalidad *“La forma de hablar de cada uno es diferente porque no tienen una misma pauta de trabajo en ese aspecto. Entonces depende del día que tiene cada uno y su personalidad (G2)”* La mayoría está de acuerdo con que tendrían que comunicarse con más empatía *“Es la forma de plantear lo que hay que decir, desde ese punto de empatía (G1)”*.

El participante G4 habla de una pérdida de tiempo en consulta debido a que el médico está durante 10 minutos leyendo el historial del paciente y a veces no le mira ni a la cara *“Pierden mucho tiempo entre que entras y sales, en deajo el papel, cojo el papel, miro al ordenador, miro el papel”* Tiempo que se podría aprovechar para hablar con el paciente.

## **1.2. Lenguaje utilizado por los profesionales**

Tanto E1 como E3 aseguran que utilizan un lenguaje técnico porque, al iniciar el proceso, no conocían muchas de las palabras que los médicos utilizaban. Pero posteriormente, se acabaron familiarizando con ellas *“Yo al principio la verdad es que iba un poco perdido, porque había muchas palabras que no entendía. Metástasis, el nombre de algunas pruebas... (E1)”*. El participante G4, piensa igual que los entrevistados. Asegura que los médicos creen que los pacientes conocen esas palabras técnicas que podrían ser dichas con un lenguaje más coloquial *“Dan por sentado que todos conocemos muchas de esas palabras técnicas (...) muchas de esas palabras, podrían procesarlas y decírnoslas al paciente más o menos en un lenguaje coloquial”*. En cambio, el entrevistado E2 asegura que no cree que usen un lenguaje demasiado técnico. Para el entrevistado los profesionales son claros *“Yo pienso que son muy claros y lo comunican en un lenguaje para que lo entiendas. No creo que usen palabras técnicas.”*

## **1.3. Dudas que surgen a los pacientes y preguntas a resolver por el personal sanitario**

En relación a este tema hay discordancia entre los entrevistados. Tres de los participantes del grupo de discusión afirman que las respuestas a sus preguntas han sido con evasivas o información confusa. Incluso a veces, el médico no ha dado importancia a su pregunta o la respuesta a alguna de ellas ha sido en un momento no oportuno *“La respuesta ha sido como que no le han dado importancia (G4)” “Responden con evasivas o con información confusa (G5)”* El entrevistado E3 tienen la misma opinión que los participantes del focus, incluso llega a decir que a veces no pregunta todas sus dudas ya que cree que no se las van a responder.

Por otro lado, a E1 y a E2 les surgen muchas dudas en consulta, pero afirman que siempre les responden sus preguntas sin problema *“Sí siempre muchísimas. Y siempre que tengo alguna duda se la pregunto al oncólogo y me responde perfectamente en el momento (E2)”*.

## **1.4. Comprensión de la información recibida y recuerdo de la misma**

La mayoría coincide en que al inicio de la enfermedad se desconocen muchas palabras y cuesta comprenderlas debido a la falta de conocimiento y la cantidad de información recibida en poco tiempo. *“Al principio no comprendes muchas palabras (...) Estás perdido. Luego ya no te queda otra y te acabas aprendiendo todas esas palabras (G2)”*.

Uno de los participantes del focus afirma que le cuesta comprender la información debido a su estado de shock en consulta por el miedo que le causa la enfermedad *“Tú estás en shock y estás como ido. No atinas a explicar y a preguntarle al médico nada o en entender lo que te estaba diciendo (G4)”*. El entrevistado E1 está de acuerdo con ello y aclara que su estado y actitud influye en la comprensión de la información. También señala que a veces sale de consulta sin enterarse de toda la información recibida *“No pueden dejar que salgas de consulta sin que te hayas enterado bien de toda la información que te han dado.”* En cambio, el entrevistado E2 comprende toda la información que le aporta el médico. *“Toda la información que me da el médico se entiende bien”*.

### **1.5. Falta de información**

La mayoría de entrevistados y participantes del focus están de acuerdo en que hay falta de información, principalmente información básica *“Sí, falta información (G3)”*. No hay explicación de los tratamientos ni de las pautas a seguir para tratar la enfermedad en el día a día. G4 y E3 aseguran que debes ser un paciente activo para obtener la información por sí solo porque por mucho que pregunten, no les cuentan muchas cosas *“No dan toda la información (...) a veces tienes que tirar de otros medios por ti sola (...) tú vas a buscar esa información, porque si no te la dan. El 100% no te la dan (...) Yo preguntaba. Pero no me lo contaban todo”*. El participante G5 afirma que los médicos no pueden obviar información y que no pueden poner la responsabilidad de obtener más información en el paciente. La mayoría de los participantes del grupo de discusión están de acuerdo en que hay pacientes que se les informan sobre algunos temas que a otros pacientes no se les avisa *“Las cosas tienen que estar con un protocolo para todos los pacientes. No puede ser que a unos le informen sobre esto y a otros no (G3)”*. Una vez más el entrevistado E2 vuelve a tener una opinión contraria al resto. No cree que haya falta de información y piensa que le explican todo acerca de la enfermedad *“Explican todo, a mí me explicaron todo.”*

## **2. RELACIONES**

El siguiente tema sobre el que se va a indagar es el estudio de las relaciones en el servicio oncológico. Para ello, se ha preguntado a los entrevistados sobre diferentes variables: la confianza, el conocimiento del paciente y el trato, el apoyo, la empatía, el compromiso y la comprensión. Es el punto clave para analizar como son las relaciones entre los pacientes y el personal, para así identificar los puntos débiles sobre este asunto.

## 2.1. Relación de confianza y cercanía

En relación a este tema, hay distintas perspectivas. Por una parte, el entrevistado E3 asegura que el personal ha sido muy distante. No ha conseguido establecer una relación de confianza debido a la actitud reservada del médico *“Hay veces que los propios médicos no te la dan. Te cortan un poco. El médico ha estado reservado (...) No ha habido cercanía. No me han transmitido esa confianza que se necesita en algunas ocasiones”*. La desconfianza del participante G5 se debe a la información descuidada que recibe, pensando que tendrían que ser más precavidos. Por otro lado, el entrevistado E1 afirma que, con el paso del tiempo, al tratar siempre con el mismo personal, le conocen cada vez más y se está creando una buena relación. *“Te conocen cada vez más. Ya va siendo cada vez más una relación, en la que hay más confianza.”* E2 y G4 piensan exactamente igual. El entrevistado E2, desde el primer momento, ha tenido una relación buena y cercana con el personal. *“Muy buena, buenísima. Ha habido realmente confianza (...) ha habido una relación cercana.”*

## 2.2. Conocimiento y trato al paciente

En primer lugar, acerca del conocimiento del paciente, E2 destaca que es importante que los médicos los conozcan personalmente porque les transmite tranquilidad. *“Sí, es muy importante que el oncólogo te conozca personalmente”* A lo que la mayoría está de acuerdo. Pero E1 piensa que es difícil que los conozcan debido a la gran cantidad de pacientes que se atienden en un solo día. No se preocupan por sus circunstancias. E2 piensa lo mismo y asegura que deberían intentar conocer un poco mejor a los pacientes *“Deberían hacer ese esfuerzo y tratar de conocernos mejor. Yo creo que al final te tratan como uno más”*.

El entrevistado E1 señala que a veces cometen errores porque desconocen su historial. Los participantes del focus están todos de acuerdo con ello. *“No nos conocen (...) me iban a poner quimio antes de saber si iba a ser madre. (...) Tienes que mirar muy bien cada perfil y no olvidarse de nada (G4)”*. Este desconocimiento les hace ver el poco interés que tiene el médico hacia ellos *“Muestra que el medico tiene poco interés en ti (G4)”*.

En cambio, E2 asegura que le han acabado conociendo bien y tratando personalmente debido a su larga estancia en el hospital. *“La oncóloga siempre me ha tratado personalmente, al final me ha acabado conociendo muy bien.”* Pero justifica que a veces no se puede establecer una buena relación porque no se puede caer bien a todo el mundo. La mayoría de los participantes del grupo están de acuerdo en que a los pacientes no los tratan a todos por igual *“Puede ser que a ti te traten de una manera y a otra persona la traten de otra (G5)”*.

Respecto al trato del paciente, el entrevistado E3 asegura que hay profesionales que no saben tratar al paciente, que no existe cariño hacia ellos y por ello no deberían estar en ese puesto trabajando con enfermos oncológicos *“Hay personal sanitario que no se merece estar en el puesto que tiene”* Eso crea inseguridad en el paciente, cuando les tratan duramente y con frialdad, haciéndose sentirse culpables *“Te tratan con esa dureza y esa frialdad, te da la sensación como que tú has hecho algo mal (G3)”*. El trato afecta a sus emociones, por ello si el trato es bueno, E2 afirma que eso le transmite tranquilidad y fe en el médico, si ocurre lo contrario, se genera un malestar. *“Si ves al personal sanitario que te está tratando bien, tú como paciente tienes más tranquilidad y más fe en ellos. Pero si ves a otros que no están haciendo bien su trabajo, te pones nerviosa y no te fías, no crees en ellos. Te crea un malestar”*

El entrevistado E1 considera que ha recibido un buen trato y han sido amables con él. Lo recalca varias veces en la entrevista *“Que te pregunten cómo estás o que te traten de una forma tan amable pues es muy agradable.”* Aclarando que en ocasiones el trato se puede mejorar. *“Siempre bien atendido. Lo que digo ¿Se puede mejorar? Pues sí siempre se puede mejorar.”* No obstante, E3 afirma que hay otros profesionales que actúan muy bien. *“Hay otras personas que se portan muy bien con nosotros”*.

### **2.3. Apoyo hacia el paciente**

Una vez más se encuentran opiniones contrarias en relación al apoyo hacia el paciente. La mayoría de los participantes del focus piensa que no hay apoyo en los diagnósticos ni en la quimioterapia *“En los diagnósticos no hay ese acompañamiento, cuándo se da la primera quimio tres cuartos de lo mismo (G5)”*. E3 afirma que solo ha tenido apoyo en sus momentos más difíciles y hace una distinción, hay profesionales que sí que le han apoyado y otros no. *“Cuando me encontraba desbordada. En esos momentos sí que he encontrado algún apoyo (...) Por algunos sí, pero por otros no”*. Por otra parte, los entrevistados E1 y E2 se han sentido apoyados a lo largo de su enfermedad. E1 dice que hay momentos en los que necesitaba más ánimos, pero el entrevistado E2 asegura que siempre le acaban dando ese apoyo que necesita *“En este servicio no he sentido en ningún momento que no tenía ese respaldo (...) De una forma u otra siempre te acaban dando ese apoyo que necesitas”*.

### **2.4. Empatía de los profesionales**

El entrevistado E2 hace una distinción muy interesante en la empatía de los profesionales. Asegura que hay empatía porque los médicos saben lo que tratan, pero empatía de ponerse en

su lugar no hay *“Empatía de ponerse en el lugar del enfermo no, pero de saber y tener conocimiento de que están con personas que pueden superar la enfermedad o no, eso sí”*.

Lo justifica diciendo que están abiertos al paciente pero que no se pueden poner en su lugar porque podrían sufrir mucho a nivel emocional. Asegura que los pacientes también tendrían que empatizar con el médico para saber porque en algunas situaciones son tan fríos *“Todo el mundo dice es que son muy fríos. Nosotros también nos tendríamos que poner en el lugar del médico para saber porque son así”*. Y justifica la falta de empatía con la falta de tiempo del personal. En general, hay discordancia con este tema. El entrevistado E1 piensa que sí que hay empatía por parte del personal, pero los que más empatía tienen son los enfermeros. *“A ver yo personalmente creo que sí que tienen empatía. (...) los enfermeros, son los que más empatía tienen”*. E3 asegura que hay profesionales que sí se ponen en la piel del paciente, pero hay otros que no tienen sensibilidad *“Yo pienso que no tienen la sensibilidad suficiente. Algunos. Hay otros que desde luego que un 10”*. Pero por lo general afirma que sí que tendrían que empatizar más. La mayoría de los participantes del grupo de discusión piensa que a los médicos les falta empatía *“Hay veces en las que el médico le falta un punto de empatía (G4)”*.

## **2.5. Compromiso por ambas partes**

Mayoritariamente se piensa que hay un compromiso tanto por los médicos cómo por los pacientes. Todos los entrevistados y los participantes G2, G3 y G4 piensan que los médicos están comprometidos e implicados con los pacientes *“Yo creo que sí que están comprometidos con nosotros (G3)”*. Ellos afirman que también tienen ese compromiso *“Y por mí, también. He estado muy positivo siempre. (...) Siempre he estado dispuesto a establecer una buena relación con ellos (E1)”*. La mayoría de ellos está de acuerdo en que tienen que ser pacientes activos, con compromiso en su enfermedad, deben estar implicados en ella y en la información que tienen y reciben *“Tú tienes que ser un paciente activo (G2)”*. Por otro lado, el entrevistado E3 afirma que, en relación a los enfermeros, hay algunos si tienen ese compromiso y otros no y entre el mismo personal asegura que no existe el compromiso de querer establecer una buena relación. *“No veo que exista una colaboración entre los médicos y enfermeros para que trabajen juntos para la lucha de nuestra enfermedad”*. Cabe destacar que 2 participantes del grupo de discusión creen que los médicos no están comprometidos con el paciente y que no hay compromiso por querer establecer una relación con ellos *“No están comprometidos, no hay algo más que los lleve a querer establecer una relación con nosotros (G5)”*.

## **2.6. Comprensión del personal sanitario**

En referencia a la comprensión, la mayoría de participantes del focus group y entrevistados piensan que el personal sanitario les comprende porque los profesionales son conscientes de la enfermedad por la que están pasando *“Generalmente te comprenden. Saben que eres un enfermo de cáncer, las circunstancias por las que estas pasando, no es un buen momento para nosotros (G4)”*. En general, ha habido pocos momentos o incluso ninguno, en los que el paciente se ha sentido incomprendido. Únicamente el entrevistado E3 asegura que se ha sentido incomprendido en algunos momentos puntuales, cuando el médico no le escuchaba o no le daba toda la información que necesitaba *“Me he sentido incomprendida cuando no me daban información. O el médico hacía como que no me oía, no sé por qué”*. El entrevistado E2 hace un apunte, relacionando dos temas diferentes de la entrevista. Destaca que los pacientes tienen que comprender que los médicos tienen que ser personas frías porque si no llegarían a sufrir mucho personalmente *“La gente tiene que comprender que a veces los oncólogos sean personas frías, eso lo tienen que comprender”*.

## **3. CALIDAD DEL SERVICIO**

El tercer objetivo específico del estudio está relacionado con la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad del servicio oncológico. En este bloque se mostrará como perciben la calidad de la prestación del servicio los pacientes, cómo se presta el servicio y cómo ha sido su experiencia en general. Se tratará de conocer su opinión acerca de la calidad técnica del servicio y de los profesionales. Por último, un aspecto que demuestra calidad en un servicio sanitario es la humanización del mismo. Por esta razón, se trató de profundizar en este tema, preguntando a los entrevistados si consideran que la oncología médica está humanizada y en qué aspectos falta humanidad.

### **3.1. Calidad de prestación del servicio**

Todos los participantes del grupo de discusión y los entrevistados E1 y E2 coinciden en que su experiencia en el hospital fue positiva, buena y favorable *“La experiencia ha sido buena (G2)”* *“Yo personalmente no he tenido problema, me he sentido bien (G4)”*. Asimismo, piensan que el servicio ha sido de calidad. El entrevistado E3 asegura que su experiencia no ha sido mala, pero que hay muchos aspectos a mejorar en el servicio *“En general...pues bueno... bien. Pero siempre hay algo que habría que mejorar”*. Su percepción de la calidad es: *“A nivel de médicos buena calidad. A nivel de tratamientos bien. A la hora de ponerte esos tratamientos regular”*.

A nivel asistencial aclara que ha percibido una pérdida de calidad debido a la actitud del nuevo personal del servicio y a los medios utilizados. El participante G5 piensa que uno de los principales problemas de la calidad del servicio está en esa diferencia de perspectivas entre el paciente y el personal *“El punto de inflexión yo creo que es que el personal sanitario lo tiene todo como una normalidad y el paciente como una novedad”*.

### **3.2. Calidad técnica**

A nivel de calidad técnica la mayoría de entrevistados asegura que han sido tratados por buenos profesionales y el sistema en general lo califican positivamente. *“Tenemos muy buenos profesionales a nivel de sanidad pública (G3)”*. Pero hay algunos aspectos en los que se encuentran fallos. El entrevistado E3 asegura que los médicos son muy buenos profesionales, pero los enfermeros hay algunos que sí y otros que no lo son debido a que a veces mientras está en tratamiento, asegura que tiene que estar pendiente de que algunos profesionales hagan bien su trabajo *“Eso de que el paciente esté pendiente a veces de que hagan el trabajo bien los enfermeros. Es que no te fías, según el personal que está”*. Para el participante G4 el inicio del proceso hasta su situación actual ha sido accidentado *“El proceso de como comenzó todo, pues fueron atropellados (G4)”*. El hecho que no conozcan a los pacientes, demuestra poca seriedad profesional *“A veces no dan sensación de seriedad profesional (G1)”*. Por otro lado, prácticamente todos piensan que el resultado del servicio ha sido bueno y lo agradecen *“Ha estado a la altura (...) he obtenido muy buen resultado (E2)”*.

### **3.3. Humanización del servicio**

En relación a la humanización del servicio se encuentran diferentes opiniones. Los entrevistados E1 y E2 creen que el servicio sí que está humanizado y que además está evolucionando bastante, haciendo la atención al paciente cada vez más personalizada. *“Yo pienso que sí que están humanizados. (...) Cada vez se está personalizando más la atención hacia el paciente.”* E2 puntualiza que el personal ha sido humano y donde falta humanidad es en el ambiente y los espacios *“Falta humanidad en el servicio en general, tendrían que crear un ambiente más agradable para los pacientes.”* Para la mayoría de participantes del focus group y E3 piensan que hay algunos profesionales que, si son humanos, pero hay otros que no consiguen transmitirte lo que necesitan *“Hay algunos que tratan el tema con mucha naturalidad, pero otros que parecen robots (G1)”*. Opinan que, el personal, además de ser buenos profesionales, deben ser personas, ante todo.

Dicen que el problema es que están más centrados en la enfermedad que en el paciente *“Parece que se centran más en la medicina, en la enfermedad, que en el propio enfermo y sus necesidades humanas (G1)”*. Por ello, consideran que el personal que trabaja en el servicio de oncología tiene que estar más adaptado a las necesidades del paciente. El entrevistado E3 asegura que para estar más humanizado piensa que deberían empatizar y apoyar más al enfermo *“Falta que se metan en la piel del paciente, tendrían que apoyar más”*. Un importante apunte lo realiza el participante G1 del grupo de discusión: es fundamental que sean humanos, porque posteriormente, si se sale de la enfermedad, se queda un buen recuerdo de ellos *“Médicos que han sabido estar a la altura en algunos momentos, después de la enfermedad los recuerdas con cariño porque supieron transmitirme la realidad de la situación, pero también viendo que se volcaban por hacer más fácil esos momentos tan duros”*.

#### **4. SATISFACCIÓN**

Otro de los objetivos específicos del trabajo es determinar cuál es la satisfacción de los pacientes. Así pues, primero se les preguntó si estaban satisfechos con la calidad del servicio y posteriormente, por su satisfacción con las relaciones mantenidas con el personal sanitario.

##### **4.1. Satisfacción con la calidad del servicio**

En general, tanto los entrevistados como los participantes del grupo de discusión están satisfechos con la calidad del servicio y con los profesionales que les atendieron *“Yo sí mucho, estoy satisfecha (G3)”*. Incluso el entrevistado E3 se atreve a calificar con un 7 el servicio. *“Estoy contenta. Pues ya digo yo calificaría la calidad del servicio con un 7”*. Cabe destacar que el participante G4 está satisfecho con el servicio una vez llegado a la etapa de tratamiento, pero no con el proceso hasta llegar ahí *“Yo no estoy contenta con el proceso. Estoy contenta ahora con mi oncóloga, ahora que está el proceso iniciado, con la relación con ella”*.

##### **4.2. Satisfacción con las relaciones mantenidas**

La mayoría de los participantes y entrevistados están satisfechos con la relación mantenida con los profesionales, pero aseguran que hay que trabajar mucho ese tema. El participante G4 aclara que tendrían que ser más humanos en las relaciones *“La relación ha sido buena de personal sanitario a paciente, pero sí que podrían ser un poco más humanos a la hora de tratarnos en la relación”*. Coincide con la opinión del entrevistado E3 que, está satisfecho con la relación que ha tenido con los médicos, pero que en general con el personal

del servicio no está contento *“Pues... más bien regular”*. No está satisfecho con el trato humano que falta en el servicio y asegura que es la causa de que las relaciones no sean mejores.

## **5. NECESIDADES**

El último objetivo específico consiste en reconocer cuales son las necesidades emocionales y de información de los pacientes. En los guiones no aparecían cuestiones para preguntar explícitamente sobre sus necesidades porque se consideró que esas carencias iban a ir apareciendo solas a lo largo de la conversación. En alguna entrevista en concreto, si no surgieron sí que se preguntó sobre ello. De esta manera, las necesidades que se identificaron son las siguientes:

### **5.1. Necesidades de información**

La mayoría de entrevistados reclaman información sobre el proceso a grandes rasgos, información básica y sencilla de entender, que se de en la primera consulta con el oncólogo. Están de acuerdo, mayoritariamente, en que falta información sobre necesidades no clínicas, fuera de la enfermedad (recursos, asociaciones y apoyo psicológico) *“No hay esa información sobre necesidades que no son tan técnicas como tratamientos, no hay información sobre necesidades fuera de la enfermedad, como alimentación, estilo de vida... (E2).”* No informan sobre cómo puede afectar la enfermedad a sus condiciones físicas y como eso repercute en su día a día *“Los tratamientos pueden afectar a tus condiciones físicas y esto te lo tendrían que decir antes de comenzar el tratamiento (E1)”*. E2 afirma que su médico le daba información en una hoja sobre aspectos nutricionales, pero no se lo explicaba personalmente.

La entrevistada E3 asegura que necesita que la información recibida sea clara y principalmente que le digan la verdad. Las necesidades de un paciente oncológico las resume en una frase *“Necesitamos mucho cariño, mucha información y que nos expliquen bien las cosas”*. El entrevistado E2 aclara que hay veces que ocultan información y eso no es bueno, porque evita que los pacientes vean la realidad. Los enfermos quieren que se les explique la mayor cantidad de información posible *“Tú partes de que tienes poco conocimiento y lo poco que sabes de cualquier enfermedad es que estas enfermo, lo que quieres es una buena información y seguridad de que hay alguna solución (G4)”* Y, principalmente, que esa información se transmita con tacto.

Por otra parte, algo que reclaman por parte del médico es que creen que debería estar informado sobre el paciente cuando este entra en consulta *“No, cuando yo entre, tú tienes que tenerlo todo mirado y cuando me vayas a hablar, sepas lo que tienes que decir (G4)”*.

La mayoría de entrevistados quieren sentirse acogidos por el personal, viendo que se preocupan por sus necesidades *“Que el personal sanitario nos acoja cuando llegamos, que nos pregunten, que nos informen, que se preocupen por nuestras necesidades (G4)”*.

## **5.2. Necesidades emocionales**

Todas aquellas necesidades emocionales de los pacientes entrevistados son muy similares. La mayoría de participantes del grupo de discusión piden que los médicos sean capaces de crear un vínculo con ellos cuando entran en consulta *“Creo que cuando entramos a la consulta, se debería generar entre el médico y el paciente ese vínculo de decir oye quédese tranquilo (G1)”*. Todos coinciden en que es fundamental que haya complicidad, mejor trato, cercanía, empatía, comprensión, un contacto más familiar y puntos de apoyo. El entrevistado E1 cree que la consulta es un momento muy íntimo, por lo que es importante que el médico sea capaz de crear un buen clima y en hacer ese rato menos duro y más agradable para el paciente. Además, piensa que se tendrían que implicar más en la vida del paciente y en sus circunstancias. Opinión que coincide con la del entrevistado E3 *“No dan importancia a nuestras necesidades. No les importa cómo te sientes. No les importa tu vida. Tendrían que darles más importancia a estos aspectos.”* Ambos pacientes aseguran que una simple sonrisa en consulta, animaría al paciente y cambiaría la relación *“Por lo menos cuando entras en consulta que te reciba con una sonrisa. A mí me animaría (E3)”*. El participante del grupo de discusión G3 pide que además de ser un buen profesional, el médico tiene que ser capaz de transmitir sentimientos al paciente *“Será muy bueno en la oncología, pero yo necesito también que me transmita”*.

## **6. SUGERENCIAS**

Los propios pacientes son los que más aportaciones pueden realizar para mejorar el servicio. Por esta razón, al final de las entrevistas y del grupo de discusión se les preguntó sobre qué aspectos mejorarían en relación a la calidad del servicio oncológico y a las relaciones mantenidas con los profesionales. También se les pidió opinión sobre qué cualidades personales pensaban que debía tener un médico oncológico, aparte de conocimientos técnicos porque, para que se establezca una buena relación, es fundamental tener una serie de facultades que el médico pueda desarrollar y aplicarlas en el trato a sus pacientes.

### **6.1. Cualidades del personal sanitario**

Los entrevistados coincidieron en muchas cualidades que aportaron otros entrevistados. Algunas de ellas son: empatía *“Empatía sin lugar a duda. El empatizar con el paciente y*

*ponerte su papel (G3)*". Educación, que sepan tratar al paciente y le dediquen tiempo *"Un minuto más de su tiempo para transmitir a los pacientes más tranquilidad es muy importante (G4)"*. El entrevistado E2 pide que tengan amabilidad *"Podrían ser un poco más amables, explicando todo más detalladamente"* y vocación *"Tienen que tener también mucha vocación"*. Con esta última coincide con el entrevistado E3, que además pide que te sean comunicativos y que posean habilidades de comunicación, además de respetuosos y comprensivos. El entrevistado E1 coincide con varios ya comentados (empatía y comprensión) y pide que tengan más cariño hacia los pacientes y humanidad. *"Deben preocuparse por la vida personal de sus pacientes. Tienen que tener cariño hacia las personas y ser humanitarios."* Y principalmente recalca la capacidad de ayuda y el buen trato *"Siempre tienen que tratar de estar predispuestos a ayudar a los pacientes en todos los aspectos. Es imprescindible que te traten bien."*

## **6.2. Sugerencias relacionadas con la calidad del servicio**

El participante 4 es el que prácticamente realiza todas las sugerencias relacionadas con la calidad del servicio en el grupo de discusión. Algunas de ellas son: acondicionar los espacios para crear un ambiente más agradable para los pacientes, dar formación a los profesionales en habilidades comunicativas y protocolizar la información. Tras la consulta con el oncólogo, pasar a otra consulta especializada en la que te informen sobre aquellos aspectos en los que necesitan más información. Una hoja en la que se plasme toda la información dada en la primera consulta *"El médico debería dar una hoja con todo lo que nos van a hacer: consultas, el día, y cualquier duda que tenga, la apunto en este papel y cuando vaya la semana que viene, que me solvente todas esas dudas (G4)"*. Las sugerencias que realiza el entrevistado E1 están muy relacionadas con aquellas que se acaban de comentar. Sugerencias relacionadas con la falta de información, protocolo de recibimiento y explicaciones. *"Que haya un protocolo de recibimiento al paciente, como te dicen las cosas, como te explican el proceso... Y que te orienten como tienes que cuidarte."* El entrevistado E3 habla de una selección del personal sanitario para comprobar que son capaces de empatizar con el paciente oncológico. Es decir, que se contrate a personal cualificado que estén dispuesto a trabajar en este servicio, gente especializada en tratar con pacientes oncológicos *"Tendrían que hacer una selección para que la personas que trabajan en el servicio oncológico, fueran capaces de sensibilizarse con el paciente oncológico"*.

### 6.3. Sugerencias asociadas con las relaciones mantenidas

Los entrevistados y participantes del grupo de discusión realizan varias sugerencias vinculadas a las relaciones. El entrevistado E1 piensa que el personal debería intentar conocer mejor a todos los pacientes para que reciban un trato más personalizado *“Yo creo que deberían hacer ese esfuerzo de intentar conocernos a todos.”* Y sugiere que haya más apoyo en el hospital. Esto tiene relación con lo que sugiere el entrevistado E2 que quiere que el médico muestre un interés hacia él, y para ello sugiere que lean los historiales antes de que el paciente entre en consulta para que le transmita la sensación que el médico se preocupa por él. Mayoritariamente, los participantes del grupo de discusión quieren que los médicos sean capaces de crear un vínculo cuando entran en consulta. Finalmente, el entrevistado E3 sugiere que para mejorar las relaciones tiene que cambiar la actitud del profesional, ofreciendo más apoyo y cariño y que el personal que trabaje en ese servicio valga para el puesto y sea más humanitario *“Apoyando más al paciente en el sentido moral y con cariño (...) Si no valen para esos puestos en los que se necesita tanta humanidad pues que se vayan a otro puesto”*.

## 6. CONCLUSIONES

En este capítulo se va a realizar una discusión acerca de los resultados más relevantes procedentes del trabajo de investigación. Las técnicas cualitativas llevadas a cabo han permitido obtener información significativa que responde tanto al objetivo general como a los objetivos específicos planteados en este trabajo.

En primer lugar, en relación a la **comunicación** entre el paciente y el personal sanitario, cabe destacar que los entrevistados coinciden en que los profesionales suelen informar, pero no comunicar, es decir, la comunicación suele ser fría y escasa entre ambas partes. Consideran muy importante el **tono de voz** con el que se habla, asegurando que este suele ser en ocasiones inadecuado por parte del personal y no dan importancia a la forma en la que se comunican las noticias. Desde el punto de vista del marketing relacional, es relevante que la comunicación, además de ser frecuente, sea de calidad y funcional. Generalmente, el **lenguaje** utilizado por los profesionales suele ser una dificultad para los pacientes entrevistados, puesto que estos piensan que los oncólogos utilizan palabras técnicas que les cuesta comprender, pidiendo que los profesionales se comuniquen con un lenguaje más coloquial. La información debería ser clara y precisa.

A este problema, hay que sumarle el estado emocional que tienen los pacientes cuando acuden al hospital, lo que hace aún más complicado **entender la información** que el personal sanitario les aporta. El hecho de que el médico **responda o no a las preguntas** realizadas por el paciente depende del profesional con el que se trate. Un punto importante es la **falta de información** que existe hacia el enfermo. Estos aseguran que no hay explicación sobre aquellos aspectos no clínicos para tratar la enfermedad en el día a día y no se sigue un protocolo de comunicación para todos los pacientes por igual. Se tendría que aumentar tanto la calidad como la cantidad de información dada y comprobar la comprensión de dicha información, puesto que esto crearía valor para el paciente en la relación. Si la información es adecuada, los pacientes estarán satisfechos y la existencia de una buena comunicación entre ambas partes fortalecerá la relación y estimulará la confianza y el compromiso.

La **relación** entre el paciente y el personal sanitario depende de los profesionales y principalmente, de su personalidad. Con el tiempo los entrevistados aseguran que se puede desarrollar una relación cercana con el personal sanitario, pero depende mucho de su actitud hacia el enfermo. Si el personal es distante, es imposible establecer una buena relación. El objetivo del personal, además de otorgar al paciente una adecuada atención sanitaria, debería ser la creación de una relación duradera con este. Por ello, sería conveniente que los profesionales tuviesen una perspectiva temporal a largo plazo, puesto que el contacto con el paciente va a ser prolongado en el tiempo y permanente hasta su curación.

Los pacientes entrevistados consideran muy importante que los médicos muestren interés hacia ellos, preocupándose por sus circunstancias. Muchos profesionales **no conocen** a los pacientes que tienen delante en consulta, esto es muy difícil, pero los pacientes aseguran que es fundamental que exista ese conocimiento. El **trato** hacia el paciente también depende de cómo sea el profesional. Los entrevistados afirman que se han encontrado con personas amables y que han recibido buen trato, pero hay otros que les han tratado de una manera fría y dura. Los pacientes a lo largo de su enfermedad, generalmente **se sienten respaldados** por el personal sanitario, solo señalan la falta de apoyo en los diagnósticos, primeros impactos y acompañamiento en las primeras veces. Eso sí, piden que les den más ánimo en algunos momentos clave de la enfermedad. El personal conoce el tipo de paciente con el que trata, pero en general aseguran que **falta más empatía** y sensibilidad porque no se ponen en el lugar del enfermo. El paciente reconoce que hay un **compromiso** por ambas partes, entre el personal y el enfermo y además **sienten comprendidos** por ellos. Desde el punto del marketing relacional, es muy importante que exista ese compromiso con la relación mantenida con los pacientes.

Los profesionales con su trabajo, además de obtener la mejora del estado de salud de los pacientes, tendrían que conseguir que el enfermo volviese a confiar en ellos en una situación futura. Los aspectos que más influyen la experiencia del paciente y, por consiguiente, sus cambios de salud son una comunicación adecuada durante la enfermedad y una buena relación y de calidad con el paciente (Yélamos et al., 2018). Por ello, es muy importante buscar soluciones a los problemas que presentan estas dos variables.

La **experiencia** de los pacientes en el servicio oncológico de los hospitales públicos de la capital aragonesa ha sido buena. Resaltan que el servicio ha sido de calidad pero que hay aspectos que tienen que mejorar. Un entrevistado asegura que a nivel asistencial ha percibido una disminución de la calidad del servicio debido a la actitud de nuevo personal. Pero por lo general, los pacientes afirman que han sido atendidos por buenos profesionales y el resultado del servicio ha sido bueno. Como en todo, encuentran fallos, principalmente al inicio del proceso y en el comportamiento puntual de algunos profesionales debido al desconocimiento del paciente. En relación a la **humanización** del servicio hay opiniones contrarias. Algunos entrevistados aseguraron que el servicio sí que está humanizado y que donde falta humanización es en los espacios del hospital. Pero mayoritariamente, los entrevistados piensan que el personal sanitario a veces se tendría que centrar más en el propio paciente, preocupándose y adaptándose a sus necesidades y particularidades, siendo más humanos en las relaciones, empatizando y apoyando más al enfermo.

Esta necesidad, por parte de los profesionales, se podría satisfacer ofreciéndose un cuidado especializado para cada paciente, es decir, adaptando el servicio sanitario al enfermo, por ejemplo, con consultas centradas en el paciente más que en la propia enfermedad. Los profesionales tendrían que tratar de transmitir los beneficios del mismo servicio y los resultados que puede obtener el paciente para que este tenga la seguridad necesaria de que esos resultados van a ser los esperados.

En general, todos los entrevistados están muy **satisfechos** con la calidad del servicio oncológico y con la profesionalidad del personal sanitario que les atendió. Con las relaciones mantenidas también se encuentran satisfechos, pero aseguran que hay que trabajar más el desarrollo de esas relaciones para poder mejorarlas.

Las **necesidades de información** de los pacientes oncológicos están relacionadas principalmente con la falta de información que sufren en consulta sobre el proceso y necesidades no clínicas de la enfermedad. Necesitan información básica, clara y concisa, y piden que sea explicada de manera que se pueda entender y comprender, siempre comunicada con tacto. Reclaman que el profesional también tiene que estar informado acerca del paciente, sus necesidades y circunstancias. Deberían mostrar más intereses en ellos. Todas aquellas **necesidades emocionales** de los entrevistados están muy relacionadas entre sí. Piden principalmente la creación de un vínculo entre el profesional y el paciente que les permita sentirse más seguros y tranquilos. Reclaman complicidad, cercanía, mejor trato, empatía y apoyo. Además, de ser unos buenos profesionales, el personal debería ser capaz de transmitir al paciente buenas sensaciones. A través de las técnicas del marketing de relaciones, se podría satisfacer aquellas necesidades que requieren los pacientes, consiguiendo que estos sintiesen que están recibiendo un trato más personal, único y especial para la solución de sus problemas por parte del hospital.

Finalmente, los entrevistados hicieron una serie de **surgencias** para poder mejorar el servicio y las relaciones. Sugerencias relacionadas con la falta de información y protocolo de recibimiento al paciente en consulta. Recomiendan que el personal sanitario que trabaje en el servicio oncológico debe tener habilidades comunicativas y debe estar preparado para trabajar con pacientes oncológicos. Los pacientes sugieren que tiene que haber un cambio en la actitud de los profesionales para que se desarrollen mejores relaciones. Las **cualidades** que tendría que tener un oncólogo están muy relacionadas con ello. Los entrevistados aseguran que tendrían que ser personas más empáticas, con vocación, educación, amables, comunicativos, respetuosos y comprensivos. Pero sobre todo más humanitarios, dispuestos a ayudar siempre y a tratar a los pacientes como se merecen.

## **7. RECOMENDACIONES, LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS**

### **7.1. Recomendaciones**

Una vez identificados aquellos problemas que dificultan el desarrollo de las relaciones y la comunicación entre el personal sanitario y el paciente en el servicio oncológico, se va a reflexionar sobre las posibles soluciones y por ello, se van a presentar una serie de recomendaciones a los hospitales desde el punto de vista del marketing de relaciones y sus técnicas.

Generalmente todos los pacientes que han sido entrevistados están contentos con el servicio, pero existen muchas necesidades que no están cubiertas y deberían ser satisfechas. Inicialmente, se han encontrado problemas de comunicación en consulta, así pues, es fundamental que los profesionales sean formados en el ámbito de la comunicación para que aprendan habilidades que les permitan comunicarse mejor con el paciente. El personal sanitario no recibe este tipo de formación específica a lo largo de su preparación, por lo que es difícil que posteriormente en el hospital se desarrollen buenas prácticas en torno a este aspecto.

Se ha nombrado varias veces la necesidad de que exista un protocolo de recibimiento al paciente, con información básica, clara y adecuada, sin tecnicismos. Debe ser como una guía del proceso que va a seguir el paciente con recomendaciones para el cuidado de su enfermedad, principalmente basada en las necesidades y las expectativas del mismo. Esta debería ser entregada al paciente mediante un documento escrito y explicada para que pudiese comprenderla sin ninguna dificultad.

Lo más importante para que se establezca una buena relación entre ambas partes, es ese cambio de actitud de los profesionales. Tienen que ser capaces de escuchar activamente al paciente, empatizando y consiguiendo crear un clima amable y cálido en consulta y en los tratamientos. Por esta razón, es importante que reciban formación en inteligencia emocional y se transmita una cultura orientada al paciente. Es fundamental que sean capaces de gestionar correctamente las emociones del paciente para mejorar la calidad de las relaciones. Esta formación se podría recibir en talleres o cursos que fuesen impartidos a los profesionales cada cierto tiempo. El personal sanitario tiene que motivar a los pacientes a que tengan una conducta asertiva, ofreciéndoles una atención personalizada e íntegra a cada enfermo. Esto se conseguiría enfocando las conductas de los profesionales hacia el paciente, dándoles más ánimo, atendiéndoles con una sonrisa, con amabilidad y adaptándose a cada situación diferente dependiendo del enfermo. Tienen que tratar de establecer relaciones cercanas y a largo plazo con sus pacientes. Además, si estos están contentos con el servicio y tienen un buen estado de ánimo, se encontrarán más receptivos al tratamiento de su enfermedad y es necesario también su colaboración a largo plazo para que desarrolle una buena relación entre las partes.

Por otra parte, el oncólogo debería dedicar más tiempo a conocer las verdaderas necesidades del paciente y sus circunstancias, optimizando el tiempo en consulta, para conseguir que estos sean capaces de expresarse sin miedo, exponiendo sus opiniones, dudas y peticiones. Es necesario sensibilizar y concienciar al personal sanitario con estos valores para lograr este cambio.

Para comprobar si estos cambios resultan eficaces, se podría comprobar cada cierto tiempo la satisfacción del paciente con la asistencia sanitaria recibida a través de un cuestionario sobre los puntos más relevantes relacionados con su experiencia en el servicio.

También es relevante que se mejoren las relaciones internas, entre los propios profesionales, para que la comunicación hacia el exterior sea la correcta y permita evitar algunos comportamientos inadecuados por un mal ambiente de trabajo. Esto se podría conseguir realizando reuniones y encuentros entre los distintos cargos del servicio oncológico.

La calidad del servicio es un aspecto subjetivo ya que depende del estadio de la enfermedad del paciente, y de la propia enfermedad en sí. Pero si todos estos aspectos en los que se han identificado problemas se mejorasen, la calidad y la satisfacción de los pacientes incrementaría notablemente y supondría una mejora del bienestar de los enfermos oncológicos.

## **7.2. Limitaciones y futuras líneas de investigación**

A lo largo del trabajo de investigación se han encontrado una serie de limitaciones. Una de ellas ha sido la dificultad de encontrar pacientes dispuestos a realizar una entrevista y a participar en el grupo de discusión (colaboraron únicamente 5 pacientes). Esto se debe a que este trabajo trata sobre un tema delicado y muchos enfermos no se encuentran en condiciones de querer hablar sobre la enfermedad. La idea inicial era realizar cuatro entrevistas, pero el mismo día en el que estaba concertada la cuarta entrevista, el paciente por cuestiones de salud la suspendió y fue muy difícil encontrar otro paciente para ello. El impedimento de encontrar pacientes dispuestos a participar en la investigación con perfiles más distintos entre sí ha sido la principal limitación. Otra de las limitaciones ha sido la corta extensión del trabajo, que no ha permitido analizar más en profundidad algunos aspectos vinculados con las relaciones y la comunicación y no ha permitido desarrollarse más sobre el tema, a pesar de la gran información obtenida de las técnicas cualitativas realizadas.

Para dar fin a este Trabajo de Fin de Grado, se van a proponer futuras líneas de investigación. Este trabajo se limita a estudiar las relaciones desde la perspectiva de los pacientes, dejando a un lado la óptica de otros agentes que participan en este proceso. De este modo, se podrían analizar las relaciones y la comunicación desde el punto de vista del personal sanitario del hospital para determinar el porqué de algunos comportamientos y carencias existentes. Desde este enfoque se podría realizar otras técnicas de investigación, como es la observación de los agentes en el entorno del propio hospital donde se desarrollan las relaciones. Además, esto permitiría evaluar si las estrategias propuestas son eficaces para dar solución a los problemas identificados en la investigación.



- Departamento de Sanidad. (2017). *Estrategias y proyectos de atención oncológica en Aragón*. Gobierno de Aragón.
- Ganesan, S. (1994). *Determinants of long-term orientation in buyer-seller relationships*. The Journal of Marketing, 1-19.
- Gobierno de Aragón. (2017). *Transparencia Aragón*. Obtenido de Transparencia Aragón: <http://transparencia.aragon.es/content/salud-y-sanidad>
- Grönroos, C. (1990). *Relationship Approach to the Marketing Function in Service Contexts: The Marketing and Organisational Behaviour Interface*, Journal of Business Research, 20 (1), 3-12.
- Grönroos, C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. European Journal of marketing, 18(4), 36-44.
- Gummesson, E. (2002). *Relationship marketing and a new economy: it's time for de-programming*. Journal of Services Marketing, 16(7), 585-589.
- Hunt, S. D. (1983). *General theories and the fundamental explananda of marketing*. The Journal of Marketing, 9-17.
- Ibáñez, D. C. (1996). *Aplicación del marketing al diseño de un sistema de calidad total en servicios sanitarios*. Bilbao, España: Boletín de Estudios Económicos, 51, 473.
- Iglesias, I. (2004). *Las relaciones y las redes: la estructura fundamental del marketing relacional*. En Temas clave en márketing relacional (págs. 11-25). Madrid, España: McGraw-Hill
- Kotler, P. y Keller, K. L. (2009). *Dirección de Marketing*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Kotler, P., & Keller, K. L. (2006). *Marketing management 12ed*. New Jersey.
- López, J. F. C. (2009). *Del marketing transaccional al marketing relacional*. Entramado, 5(1), pp. 6-17.
- López, M. (2013). *Importancia de la calidad del servicio al cliente*. *El buzón de Pacioli*, 36.
- Martínez, I. (21 de mayo de 2003). *Reflexiones tras un encuentro accidental con Philip Kotler*. Obtenido de Hipermarketing: <http://www.hipermarketing.com/nuevo%204/columnas/salvador/nivel3apunte6.html>
- Morgan, R. M., & Hunt, S. D. (1994). *The commitment-trust theory of relationship marketing*. The journal of marketing, 20-38.
- Oliver, R. L. (1980). *A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions*. Journal of marketing research, 460-469.

- Priego Álvarez, H. (2001). *Mitos y realidades de la mercadotecnia de servicios de salud*. En Salud en Tabasco. Villahermosa, México: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco (págs. pp. 408-413).
- Puente, J. y De Velasco, G. (6 de 03 de 2017) *¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla?* Sociedad Española de Oncología Médica. Obtenido de: <https://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- Quesada, F. B. C., & Ruiz, L. G. (2007). *Las implicaciones estratégicas del marketing relacional: fidelización y mercados ampliados*. Madrid, España: Anuario jurídico y económico escurialense, (40), 543-568.
- Rubio Cebrián, S. (1995). *Glosario de Economía de la Salud y disciplinas afines*. Madrid, España: Díaz de Santos. (No. 038) 614.2: 33
- Satorres, M. C. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido*. Castellón de la Plana, España: Universitat Jaume.
- Setó, D. (2003). *La influencia de la calidad de servicio, la imagen, la satisfacción y la confianza en la fidelidad del cliente*. Revista Española de Investigación de Marketing, ESIC, vol. 7, no 1, pp. 27-55.
- Sheth, J. N., & Parvatiyar, A. (1994). *Relationship marketing: Theory, methods and applications*. Center for Relationship Marketing.
- Sistema Nacional de Salud. (06 de 2018). *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*. Obtenido de <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla22.htm>
- Wehrli, H. P. y Jüttner, U. (1994): *Relationship Marketing in Value Generating Systems*. In Research Conference on Relationship Marketing: Theory, Methods and Applications, Emory University, Atlanta, GA.
- Yélamos, C., Sanz, A., Marín, R., & Martínez-Ríos, C. (2018). *Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico*. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 15(1), 153-164.