

Un modelo estructural para medir la efectividad de los servicios hospitalarios: aplicación en hospitales públicos del sur de Chile

JORGE RIVEROS S.^{1,a}, CARMEN BERNÉ M.^{2,b},
ESPERANZA GARCÍA-UCEDA^{3,c}

A structural model to measure effectiveness of hospital services

Background: One of the main determinants of quality in the public health care services is the perceived user satisfaction. **Aim:** To analyze the relationship between supply (User Orientation of Management) (UO), demand (User Satisfaction with service components) (US) and subjective indicators of effectiveness, such as Perceived Global Quality (PGQ) and Global Satisfaction (GS) among hospital service users.

Material and Methods: A survey was applied to users of hospital services, asking about management and quality of hospital services and satisfaction with the service provided. Data was analyzed with exploratory and confirmatory factorial analyses. Structural Equation Models were used to test the hypotheses implied in the theoretical model of effectiveness. **Results:** The cause-effect relationship between UO and US was confirmed. There was also a direct relationship between PGQ and GS. **Conclusions:** Efficient nursing and administrative personnel are of highest importance to improve user satisfaction. The hospital management must pay extreme attention to this kind of staff in order to be effective from the point of view of their patients.

(Rev Med Chile 2012; 140: 579-588).

Key words: Health Services accessibility; Hospitals, public; Management audit; Patient satisfaction.

El Gobierno de Chile impulsa la Reforma de la Salud aceptando una relación directa entre los esfuerzos dirigidos a garantizar la eficiencia de la gestión y la mejora en la efectividad sanitaria, consiguiendo simultáneamente una mejor atención al usuario. De hecho, la medición de las actuaciones de las organizaciones públicas y sus resultados, así como las relaciones entre ambos aspectos en distintos contextos, han sido objeto de una intensa investigación que continúa en la actualidad^{1,2}.

En los servicios de salud, el análisis se ha abordado desde la orientación al marketing^{3,4} y desde el valor percibido por los pacientes⁵⁻⁷, mientras que

la medición y el análisis de los resultados obtenidos se ha venido tratando desde indicadores de productividad^{8,9}, desde la evaluación de la calidad de los servicios públicos de salud^{10,11} y también, desde la evaluación del nivel de satisfacción de los usuarios con el servicio y sus componentes^{5,12,13}.

Pese a estas aportaciones, no existe aún consenso para la modelización y medición de la efectividad de los servicios públicos de salud^{14,15}. La investigación sigue en una fase exploratoria de conceptos, de medición de variables y de confirmación de las posibles relaciones entre las mismas. Consecuentemente, es importante invertir esfuerzos dirigidos al avance hacia una fase

¹Instituto de Administración, Universidad Austral de Chile.

²Departamento de Dirección de Marketing e Investigación de Mercados, Universidad de Zaragoza (España).

³Departamento de Organización y Dirección de Empresas. Universidad de Zaragoza (España).

^aDoctor en Economía y Gestión de las Organizaciones.

^bDoctora en Ciencias Económicas y Empresariales. Investigadora principal del proyecto del Ministerio de Ciencia e Innovación de España ECO 2010-20880 y del grupo de investigación Improve.

^cDoctora en Ciencias Económicas y Empresariales Investigadora del proyecto del Ministerio de Ciencia e Innovación de España ECO 2010-20880 y del grupo de investigación Improve.

La investigación contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Austral de Chile.

Recibido el 10 de agosto de 2011, aceptado el 22 de diciembre de 2011.

Correspondencia a Jorge Riveros S. Instituto de Administración, Universidad Austral de Chile, casilla de correo 567, Valdivia, Chile. Fono: 63-293525 Fax: 63-221679. E-mail: jriveros@uach.cl

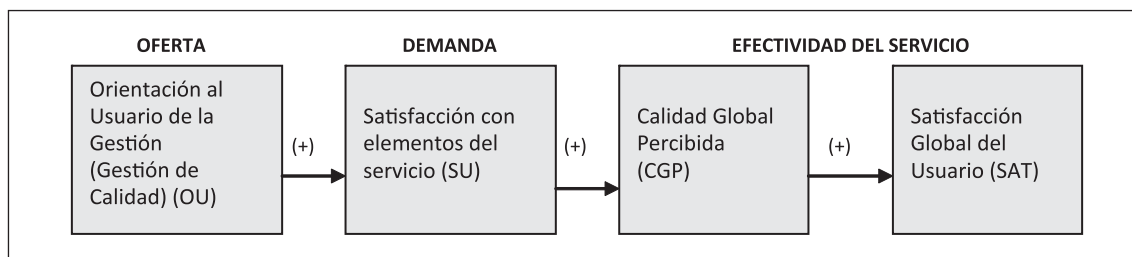


Figura 1. Modelo teórico de efectividad de los servicios hospitalarios. Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de investigación.

confirmatoria de análisis que refuerce este cuerpo de conocimiento. Así, el objetivo del trabajo es proporcionar a la gestión hospitalaria un modelo válido de medición de efectividad, que permita entender el proceso de formación y apoyo entre las distintas variables implicadas para tal efecto, desde la perspectiva de usuarios.

Se abre así una vía de investigación¹⁶, apenas explorada, que estudia la relación entre prácticas de calidad percibida desarrolladas en la empresa (lo que en términos concretos implica aplicar a la oferta un enfoque de orientación al usuario) (OU), con la satisfacción de éste respecto a diferentes elementos del servicio (en otros términos, un análisis desde la perspectiva de la demanda) (SU). Para dimensionar la efectividad del servicio ofrecido, desde una perspectiva subjetiva, éste se mide a través de calidad global percibida (CGP) y de la satisfacción global (SAT), siguiendo a autores como Nilsson et al¹⁷.

Por tanto, el modelo teórico de efectividad del servicio es un modelo causa-efecto (Figura 1) que se somete a validación para el caso de la gestión pública de salud, utilizando información primaria de dos hospitales regionales del sur de Chile. Las hipótesis implicadas son:

H1: “La satisfacción obtenida desde la experiencia con elementos del servicio será mayor cuanto mayor sea la percepción del usuario del grado en que la gestión le tiene en cuenta en su toma de decisiones”.

H2: “Una mayor satisfacción con los elementos componentes del servicio consigue una mayor efectividad del mismo”.

H2.1: “Un nivel de satisfacción más elevado con los elementos del servicio da lugar a una mayor calidad global percibida por el usuario”.

H2.2: “Una percepción de mayor calidad global ofrecida por el servicio al usuario dará lugar a una mayor satisfacción global del mismo”.

Material y Método

La información fue obtenida mediante una encuesta ad-hoc estructurada^(a), dirigida a usuarios y construida a partir de la revisión de la literatura: las referencias básicas de la lista inicial de indicadores son Meterko y Rubin¹⁰, Parasuraman et al¹⁸, Alvarado y Vera¹⁹, Bruster et al²⁰ y Bigné et al²¹. De forma adicional y complementaria, se realizó un análisis cualitativo que incluyó reuniones, entrevistas dirigidas a directivos y administrativos de hospitales, además de observación *in situ*.

El cuestionario contiene varios bloques de afirmaciones: i) un bloque de 28 afirmaciones sobre la orientación de la gestión del hospital hacia el usuario (OU), además de un ítem (V29) para medir calidad global percibida (CGP), utilizando escalas tipo Likert sobre grado de acuerdo, desde “Nunca” (valor 1), hasta “Siempre” (valor 7); ii) 20 ítems que se dirigen a medir el grado de satisfacción con distintos elementos del servicio (SU), y un ítem (V50) para medir el nivel de satisfacción global (SAT), desde “Completamente Insatisfecho” (valor 1), hasta “Completamente Satisfecho” (valor 7). OU y SU son variables latentes, no observadas, mientras que CGP y SAT son variables observadas.

Los hospitales públicos sobre los que se desarrolla el análisis empírico (CH1 y CH2) son dos centros de prestación de nivel secundario y terciario. Cubren más de 200.000 habitantes cada uno. Dicha amplitud justifica un muestreo de conveniencia por cuotas de sexo y edad (mayores de 15 años), considerando porcentajes de atención diaria. Los cuestionarios válidos para cada caso son 200. Los pacientes eran encuestados al finalizar su atención en sala, previa autorización médica.

^(a)Cuestionario disponible vía e-mail.

Tabla 1. Indicadores de bondad del ajuste

Modelos estimados	g.l.	p-value	χ^2 (S-B)	NC	GFI	AGFI	BB NFI	BB NNFI	R-CFI	RMSEA
OU	85	0.01725	114.8275	1.35	0.850	0.810	0.870	0.952	0.961	0.052
SU	50	0.07503	65.0279	1.30	0.870	0.800	0.852	0.947	0.960	0.048

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de investigación.

Los datos se someten a análisis factorial, técnica que permite la reducción de datos a un número (menor) de factores. Primero, se aplica análisis factorial exploratorio (AFE) para determinar el número de factores y sus componentes iniciales. Luego, estos factores se comprueban como dimensiones en un análisis factorial confirmatorio (AFC), que forma parte posteriormente del modelo de medida de cada variable latente. Finalmente, la posición de causa o efecto de cada una de estas variables se contrasta, respecto al resto, en el modelo de ecuaciones estructurales propuesto.

Resultados

Sendos AFE fueron aplicados sobre las cuestiones relativas a los conceptos que se estima de mayor contenido o dimensiones para OU y SU^(b). Los resultados obtenidos constatan la adecuación de los datos y la factibilidad de agrupación en factores. El pertinente análisis de fiabilidad aconseja eliminar seis ítems del concepto OU^(c) (de mayor contenido o dimensión), entre los que destaca el relativo a capacidades y habilidades médicas, y un ítem de SU^(d).

Los factores subyacentes resultantes en la estructura de OU (varianza total explicada 62,03%) se denominan: Orientación al usuario en gestión de información personal (OU₁, 4 ítems); Orientación al usuario en gestión de reclamaciones (OU₂, 6 ítems); Orientación al usuario en capacitación y

trato de personal de enfermería y auxiliar (OU₃, 2 ítems); Orientación al usuario en capacitación y trato de médicos y administrativos (OU₄, 4 ítems) y, Orientación al usuario en compromiso de la gestión por resolver íntegramente sus necesidades de salud (OU₅, 6 ítems). Para SU: Satisfacción con la estancia (SU₁, 7 ítems); Satisfacción con la atención recibida en trámites, tiempos de espera y de atención (SU₂, 4 ítems); Satisfacción con infraestructura (SU₃, 2 ítems); Satisfacción con salas de espera y señalizaciones (SU₄, 3 ítems) y Satisfacción con asistencia social (SU₅, 3 ítems).

Los resultados del AFC^(e) de cada escala de medida de OU y SU comprueban dos modelos de primer orden fiables y válidos; lo que justifica el desarrollo de análisis factoriales de segundo orden para ambos (Tabla 1). Estos análisis sugieren la eliminación de siete ítems de ambas dimensiones por ofrecer fiabilidad individual (R^2) inferior a 0,5. Dos variables eliminadas de OU son de nuevo relativas al personal médico: el trato prestado (V16) y la información ofrecida (V17), cuya tarea, según el usuario, parece prescindible para evaluar la calidad de la gestión. Los ítems de SU₅ son también eliminados.

La validez de contenido de los dos modelos de medida se sustenta en la revisión de la literatura, en el análisis cualitativo y en los factoriales exploratorios. Se comprueba validez convergente (todas las cargas estimadas superan el valor 0,5)²² (Tabla 2); y validez discriminante (todas las cargas factoriales son superiores a las correlaciones

^(b)Método de extracción con componentes principales y rotación Varimax.

^(c)“Solución alternativa a problemas de atención”, “Contacto permanente con usuarios” y “Contacto directo con personal”, son eliminadas por presentar una alta especificidad. “Trabajo coordinado de los servicios”, se elimina por presentar una comunalidad inferior a la recomendada (0,5). “Compromiso y disposición de funcionarios” y “Capacidades y Habilidades” se eliminan por cargar en más de dos factores.

^(d)Se elimina por baja comunalidad. El coeficiente alpha de Cronbach, que mide la relación entre indicadores de un grupo para explicar una dimensión, es superior a 0,9 en ambos casos.

^(e)Modelo de medida con estimación robusta ML (Máximo Verosímil).

Tabla 2. Resultados análisis factorial confirmatorio

OU Primer Orden		OU₁	OU₂	OU₃	OU₄	OU₅		t-value	R²	
Información caso personal	V9	0,80	NA	NA	NA	NA		*	0,64	
Comunicación con usuarios	V11	0,72	NA	NA	NA	NA		8,33	0,51	
Mantener interés estado salud	V12	0,71	NA	NA	NA	NA		8,31	0,50	
Oficina Información visible	V23	NA	0,77	NA	NA	NA		*	0,59	
Trato personal de información	V24	NA	0,74	NA	NA	NA		10,32	0,55	
Disposición para atender reclamos	V25	NA	0,69	NA	NA	NA		7,89	0,48	
Preocupación por resolver quejas	V26	NA	0,76	NA	NA	NA		10,31	0,58	
Información derechos y deberes	V27	NA	0,72	NA	NA	NA		8,23	0,51	
Recomendación enfermería y auxiliares	V18	NA	NA	0,86	NA	NA		*	0,75	
Trato enfermería y auxiliares	V19	NA	NA	0,81	NA	NA		15,60	0,65	
Conocimiento personal administrativo	V20	NA	NA	NA	0,88	NA		*	0,78	
Trato personal administrativo	V21	NA	NA	NA	0,74	NA		7,48	0,55	
Funcionarios comprometidos	V3	NA	NA	NA	NA	0,83		*	0,69	
Todos servicios comprometidos	V4	NA	NA	NA	NA	0,70		5,80	0,49	
Hospital brinda solución integral	V5	NA	NA	NA	NA	0,70		7,90	0,49	
SU Primer Orden								t-value	R²	
Comodidad salas hospitalizados	V33				0,69	NA	NA	NA	*	0,47
Comodidad camas y ropa cama	V34				0,80	NA	NA	NA	7,45	0,64
Comodidad muebles salas hospitalizados	V35				0,67	NA	NA	NA	5,97	0,45
Limpieza salas hospital, espera y pasillos	V36				0,72	NA	NA	NA	8,06	0,53
Alimentación período hospitalización	V37				0,66	NA	NA	NA	7,16	0,43
Proceso tramitación horas médicas	V42				NA	0,79	NA	NA	*	0,62
Ingreso a hospitalización	V43				NA	0,70	NA	NA	5,52	0,49

Tiempo de espera para la atención	V44	NA	0,74	NA	NA	7,54	0,55		
Comodidad y facilidades circulación	V40	NA	NA	0,77	NA	*	0,60		
Mantenimiento instalación	V41	NA	NA	0,78	NA	6,74	0,62		
Señalizaciones recinto	V30	NA	NA	NA	0,73	*	0,53		
Comodidades salas de espera	V31	NA	NA	NA	0,63	2,80	0,40		
OU y SU Segundo Orden						OU	SU	t-valor	R²
Orientación al usuario en compromiso y gestión de la información	OU₁					0,75	NA	*	0,57
Orientación al usuario en la gestión de reclamaciones	OU₂					0,62	NA	6,76	0,38
Orientación al usuario atención de salud	OU₃					0,96	NA	12,99	0,93
Orientación al usuario en capacitación y trato de funcionarios	OU₄					0,76	NA	8,68	0,58
Orientación al usuario en compromiso	OU₅					0,68	NA	7,92	0,46
Satisfacción con la estancia	SU₁					NA	0,69	3,82	0,49
Satisfacción con la atención recibida	SU₂					NA	0,71	3,77	0,51
Satisfacción con infraestructuras	SU₃					NA	0,70	3,35	0,50
Satisfacción con salas de espera y señalizaciones	SU₄					NA	0,56	*	0,32

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de investigación. NA significa que no corresponde valor. *La carga se igualó a 1.

observadas entre las dimensiones)²³. La fiabilidad conjunta es adecuada (Tabla 3)^(f).

Con todo, se confirma un modelo de medida para OU, dimensión de segundo orden formada por cinco dimensiones de primer orden y quince indicadores, y otro para SU, formada por cuatro dimensiones de primer orden y 12 indicadores.

El siguiente paso es contrastar el modelo completo (Figuras 2 y 3). Todas las dimensiones de primer orden de OU y SU inciden en su formación con un elevado nivel de importancia, emergiendo alguna diferencia entre los dos hospitales. Así, para el caso de CH1, la atención del personal de enfermería y auxiliares (OU₃) y la orientación al

^(f)Para evaluar la fiabilidad de los parámetros del modelo se utiliza el coeficiente de Fornell y Larcker²⁴, CF1 (valor recomendado mayor de 0,5), que recoge la proporción de varianza explicada de un grupo de medidas por la variable latente; y el Coeficiente Omega de McDonald²⁵, CF2 (valor recomendado superior a 0,7), que recoge la fiabilidad compuesta del constructo. Se calcula el coeficiente Rho para testar fiabilidad conjunta de las escalas utilizadas en el modelo. La fiabilidad de los indicadores se estima mediante el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado de cada indicador (R²)^{26,27}.

Tabla 3. Fiabilidad de las escalas de medida

Latentes	OU ₁	OU ₂	OU ₃	OU ₄	OU ₅	SU ₁	SU ₂	SU ₃	SU ₄	OU	SU	
CF1	0,55	0,54	0,70	0,66	0,55	0,50	0,55	0,61	0,47	0,58	0,46	NA
CF2	0,55	0,54	0,70	0,67	0,77	0,56	0,50	0,61	0,46	0,60	0,52	NA
Rho	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0,94

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de investigación.

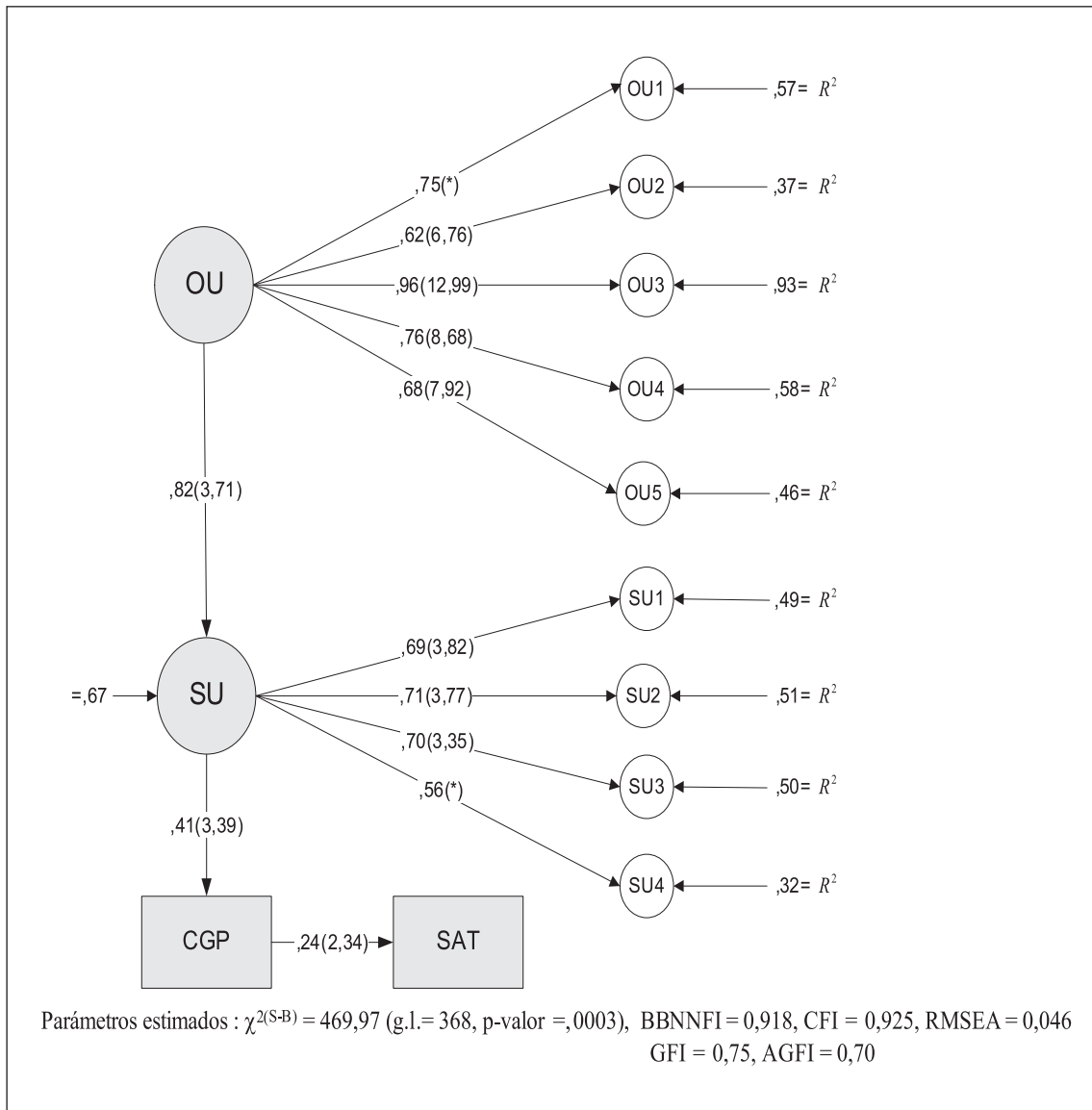


Figura 2. Resultados del modelo (CH1). Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de investigación.

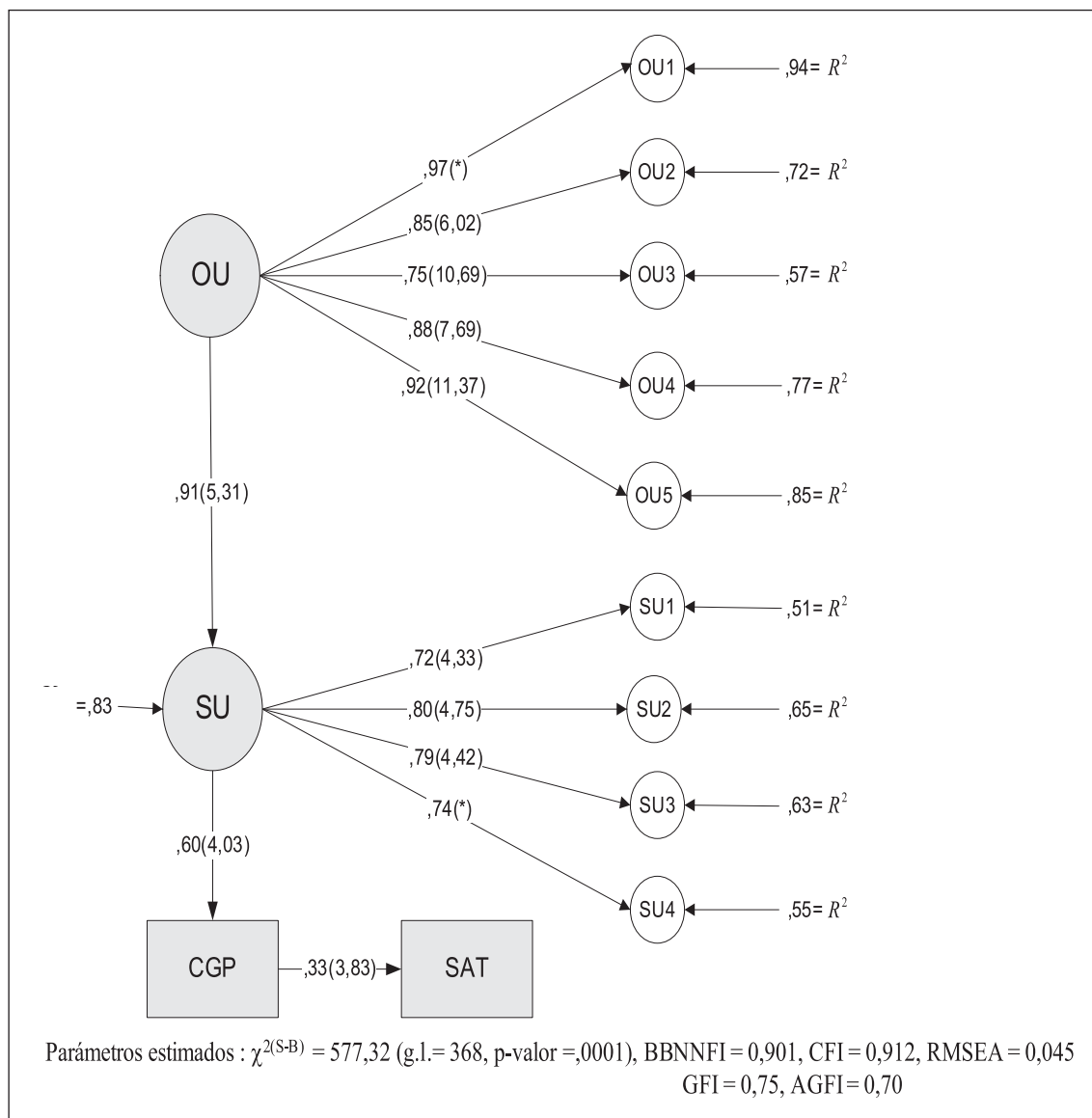


Figura 3. Resultados del modelo (CH2). Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de investigación.

usuario del personal administrativo (OU_4), así como la satisfacción con trámites y tiempos (SU_2) y con la infraestructura (SU_3), son las dimensiones más influyentes para determinar efectividad medida en CGP. Para el caso de CH2, las dimensiones más destacadas son la gestión de la información personal (OU_1) y la orientación al usuario en el compromiso por una resolución íntegra de sus necesidades de salud (OU_5); así como, de nuevo, la satisfacción en trámites y tiempos de atención

(SU_2) y la satisfacción con la infraestructura (SU_3).

El modelo para cada hospital presenta un buen ajuste. La significatividad de los coeficientes y los valores R^2 confirman validez predictiva. Un 67% y 83% de la satisfacción del usuario con elementos del servicio (SU), en CH1 y en CH2 respectivamente, vienen explicados por el grado de orientación al usuario de la gestión del establecimiento hospitalario (OU), que le afecta en sentido positivo. Se confirma así la hipótesis H1.

A su vez, la SU ejerce un efecto positivo en la CGP, lo que confirma la hipótesis H2.1. Finalmente, la relación causa-efecto significativa y positiva de CGP sobre la satisfacción con el servicio completo (SAT), permite aceptar la hipótesis H2.2.

Discusión

Se ha cubierto el objetivo de la investigación, habiendo validado el modelo teórico y, con él, las hipótesis de trabajo sobre efectividad del servicio. Se ha comprobado la estabilidad de la estructura planteada y los resultados obtenidos permiten ofrecer conclusiones e implicaciones, así como avances para la investigación futura.

Los principales avances conseguidos son: i) en escalas de medición; estudios posteriores pueden utilizar con toda confianza las escalas validadas para analizar la oferta y la demanda desde el punto de vista del usuario y/o paciente de un centro hospitalario; ii) en la resolución del flujo de relaciones causa-efecto entre calidad y satisfacción en servicios de salud; la aceptación de las hipótesis comprueba que la calidad percibida, tanto latente (modelo de medida) como global, es causa de la satisfacción del usuario. Pero, la satisfacción latente, medida al detalle de los atributos del servicio, es causa directa de la calidad percibida global e influye sólo de manera indirecta en la satisfacción global. La calidad global percibida se retroalimenta de la satisfacción con los elementos del servicio y la satisfacción global es el último resultado o indicador de efectividad conseguida. Así pues, es necesario ser cuidadoso con las medidas utilizadas y las conclusiones que se establezcan en relación a los resultados; y iii) asimismo, se constata una especial relación de contingencia entre las variables consideradas para el ámbito hospitalario, descrita por Dabholkar¹⁴.

La gestión hospitalaria se beneficia de un instrumento de medición válido para la efectividad del servicio prestado por estos centros hospitalarios y de un conocimiento cierto sobre la importancia de una orientación al usuario en todos sus componentes principales: uso de la información personal, gestión de las reclamaciones, atención

prestada por enfermeras y auxiliares, capacitación y trato de funcionarios, y compromiso integral de la gestión del hospital con el usuario. Estos aspectos determinan la satisfacción latente con la estancia en el hospital, los tiempos de atención y otros trámites, las infraestructuras, y la comodidad de salas y señalizaciones.

Para CH1, cabe destacar el elevado peso de la capacitación y el trato de enfermeras y auxiliares en la formación de OU. Para CH2 la variable más formativa es la orientación al usuario en la gestión de la información personal. Para ambos centros, la satisfacción con los trámites y tiempos de atención es la más considerada, resultado que está en línea con los encontrados en otras aplicaciones a hospitales^{28,29}. A ésta le sigue la satisfacción con las infraestructuras.

En ambos casos, la percepción de capacidades y habilidades, en especial el trato ofrecido y la información prestada por el personal médico, no son elementos imprescindibles en la valoración del usuario^(g). Resultados dispares se han obtenido en estudios anteriores en este sentido realizados en distintos países. Por ejemplo, Bigné et al²¹, encontraron que el trato de los médicos era menos importante sobre las percepciones de calidad que el servicio de habitaciones, mientras que Ortiz et al^{28(h)}, encontraron que un motivo de insatisfacción del usuario es la actitud poco amable de los médicos. Probablemente, el usuario-paciente encuentra difícil valorar las habilidades de un personal que debe presumir capacitado, sobre todo en el caso de usuarios de servicios que no tienen alternativa. En su mayoría, los usuarios de estos hospitales públicos son clientes cautivos que no tienen la opción de acudir a servicios hospitalarios privados. Este descubrimiento no implica que el centro no deba dar importancia a su personal médico. Los centros públicos pueden y deben informar del éxito conseguido con sus tratamientos. Este hecho les animará a seguir buscando la efectividad a través de sus actuaciones y a conseguir el apoyo de sus propios usuarios para lograrlo.

La gerencia de los centros debe reunir esfuerzos en la prestación de un servicio más personalizado (de mayor importancia relativa en el caso del

^(g)Al-Doghaither et al³⁰ obtienen en una investigación en hospitales de Riyahd (Arabia Saudí), que el trato de los empleados, su comportamiento y su forma de comunicarse son más influyentes en la satisfacción que las habilidades profesionales.

^(h)Estudio sobre motivos de insatisfacción, aplicado a 15 hospitales, públicos y privados, de Hidalgo (México).

usuario de CH2) y en la selección y/o formación del personal de enfermería, del auxiliar y del administrativo (más importante para el usuario de CH1). Así pues, los recursos deben distribuirse teniendo en cuenta una mayor coordinación entre las distintas secciones y especialidades, en orden a incrementar una imagen de centro comprometido íntegramente con la satisfacción de sus pacientes. Especial atención merecen las oficinas de información y reclamaciones o departamentos de atención al paciente. Incidiendo en la mejora de estos aspectos, se asegurará la efectividad del proceso de producción del servicio, medida a través de una experiencia más satisfactoria del paciente.

Las diferencias que emergen entre los dos hospitales analizados en cuanto a la formación de las variables latentes pueden reflejar diferencias, entre ellos, por el tipo de público que atienden^{31,32}. La población ligada a CH1 es más urbana y su mayor nivel socio-educacional puede generar mayores exigencias en la atención de su salud. De manera que en CH1 tiene más incidencia el grado de orientación al usuario por parte del personal de enfermería y auxiliar, de mayor contacto y vinculación social con el paciente-usuario. El usuario de CH2 tiene un menor nivel social y educacional, y menos vínculos urbanos, lo que hace más relevante el trato del personal administrativo. La gestión de CH2 debe tener en cuenta este hecho al programar el seguimiento de la dolencia, la atención y la información personal al paciente.

La principal limitación de este trabajo es centrarse en la medición de efectividad desde variables cualitativas. Pese a que no es el objetivo final de un servicio público, los gestores no deben olvidar la importancia de una correcta distribución de sus recursos económicos y sus resultados en términos de beneficios tangibles. El trabajo desarrollado puede ayudar en este cometido, pero el mismo no se aborda directamente, lo que implica la omisión de algunas variables. Además, es de interés replicar el estudio a otro tipo de servicios de salud en orden a procurar conocimiento adaptado a cada situación y una mayor ayuda a la gestión pública de la salud.

Referencias

1. Shoham A, Ruvio A, Vigoda-Gadot E, Schwabsky N. Market orientation in the nonprofit and voluntary sector: a meta-analysis of their relationship with organizational performance. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly* 2006; 35 (3): 453-76.
2. Hsieh J, Curtis KP, Smith AW. Implications of stakeholder concept and market orientation in the US nonprofit arts context. *International Review on Public and Nonprofit Marketing* 2008; 5 (1): 1-13.
3. White K, Thompson JM, Patel UB. Hospital marketing orientation and managed care processes: are they coordinated? *J Healthc Manag* 2001; 46 (5): 327-36.
4. Riveros J, Berné C. La Aplicación del Marketing en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: el caso de un hospital del sur de Chile. *Rev Med Chile* 2006; 134: 353-60.
5. Moliner M. Hospital perceived value. *Health Care Manage Rev* 2006; 31(4): 1-9.
6. Riveros J, Berné C. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Rev Med Chile* 2007; 135: 862-70.
7. Riveros J, Berné C, Múgica J. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: contraste entre las percepciones de los funcionarios y de los usuarios. *Rev Med Chile* 2010; 138: 622-30
8. Fuentelsaz L, Marcuello C, Urbina O. Análisis de la eficiencia técnica en los servicios de salud de atención primaria. *Hacienda Pública Española* 1996; 138 (3): 29-41.
9. García F, Marcuello C, Serrano D, Urbina O. Evaluation of efficiency in primary health centres. *Financial Accountability and Management* 1999; 15 (2): 67-84.
10. Meterko M, Rubin HR. Patient judgments of hospital quality: a taxonomy. *Med Care* 1990; 28 (9): 10-14.
11. Raju PS, Lonial SC. The impact of service quality and marketing on financial performance in the hospital industry: an empirical examination. *Journal of Retailing and Consumer Services* 2002; 9: 335-48.
12. Tengilimoglu D, Kisa A, Dziegielewski SF. Patient satisfaction in Turkey: differences between public and private hospitals. *J Community Health* 1999; 24 (1): 73-91.
13. Tso IF, Ng SM, Chan CLW. Concise outpatient department user satisfaction scale. *Int J Qual Health C* 2006; 18: 275-80.
14. Dabholkar PA. A contingency framework for predicting causality between customer satisfaction and service quality. *Advances in Consumer Research* 1995; 22: 101-8.
15. Berné C, Múgica JM, Yaguë MJ. La gestión estratégica y los conceptos de calidad percibida, satisfacción del cliente y lealtad. *Economía Industrial* 1996; 307: 63-74.
16. Hernández R, Muñoz P, Santos L, González O. Una propuesta general de análisis de la calidad y la satisfacción en el turismo rural español. Disponible en: <http://www.>

- bicg Galicia.es/documentos/noticias/doc02_070607.pdf [Consultado el 14 de enero de 2011].
17. Nilsson L, Johnson MD, Gustafsson A. The impact of quality practices on customer satisfaction and business results: product versus service organizations. *Journal of Quality Management* 2001; 6: 5-27.
 18. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 1988; 64 (1): 12-40.
 19. Alvarado R, Vera A. Evaluación de la satisfacción de usuarios del sistema nacional de servicios de salud. *Rev Chil Salud Publica* 2001; 5 (2-3): 81-9.
 20. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco T. National survey of hospital patients. *BMJ (Clinical Research ed.)* 1994; 309: 1542-6.
 21. Bigné E, Moliner M, Sánchez J. Calidad y Satisfacción en los servicios hospitalarios esenciales y periféricos. *Investigación y Marketing* 1997; 57-61.
 22. Escrig AB, Bou JC. Desarrollo y validación de un instrumento de medida de la dirección de la calidad: una propuesta de mejora. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa* 2002; 8 (1): 151-76.
 23. Bagozzi RP. *Causal models in marketing*. North Carolina, USA: John Wiley & Sons Inc; 1980.
 24. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal Marketing Research* 1981; 18: 39-50.
 25. McDonald RP. *Factor analysis and related methods*. Hillsdale, New Jersey (USA): Lawrence Erlbaum Associates; 1985.
 26. Bollen KA. *Structural equations with latent variables*. New York, USA: John Wiley Interscience Publication; 1989.
 27. Mueller RO. *Basic principles of structural equation modeling. An introduction to LISREL and EQS*. New York, USA: Springer Texts in Statistics; 1996.
 28. Ortiz R, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Rev Esp Salud Publica* 2004; 78 (4): 527-37.
 29. Seclen-Palacín J, Benavides B, Jacoby E, Velásquez A, Watanabe W. ¿Existe una relación entre los programas de mejora de la calidad y la satisfacción de usuarias de atención prenatal? Experiencia en hospitales del Perú. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16 (3): 149-57.
 30. Al-Doghaither A, Abdelrhman B, Saeed A, Magzoub M. Factors influencing patient choice of hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *Perspect Public Health* 2003; 123 (2): 105-9.
 31. Shaikh B, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *Journal of Public Health* 2004; 27(1): 49-54.
 32. Jayasinghe U, Proudfoot J, Holton C, Davies G, Amoroso C, Bubner T, et al. "Chronic ill Australian" satisfaction with Accessibility and Patient-centredness. *Int J Qual Health Care* 2008; 20 (2): 105-14.