

Formación y antecedentes de la lealtad del paciente en el contexto de los servicios médicos privados

Cristóbal Barra

*Facultad de Economía y Negocios
Universidad de Chile
cbarra@fen.cl*

Eduardo Torres M.

*Facultad de Economía y Negocios
Universidad de Chile
eduardot@unegocios.cl*

Arturo Z. Vásquez-Parraga

*College of Business Administration
University of Texas Pan-American
avasquez@utpa.edu*

Abstract

Due to the increasing competitiveness in the medical activity, patients loyalty to doctors have become as a key factor in medical services management. The purpose of this study is to establish how satisfaction, trust and commitment affect patients' loyalty to their doctor in the private health services context. Valid and reliable scales are built and a proposed theoretical model is proved through structural equations method. Results show that the best model to explain the formation of loyalty starts with satisfaction and it is mediated by trust and commitment, building a chain relationship.

These results are supported by contrasting the proposed model with many other alternative models, concluding an optimal structure for loyalty formation based on the studied variables.

Keywords: Loyalty, commitment, trust, satisfaction, patients.

Resumen

Debido a la creciente competitividad en la actividad médica, la mantención de los pacientes y la lealtad de estos hacia el tratante se han convertido en un punto crucial en la administración de servicios médicos. El objetivo del estudio es establecer, en el ámbito de la salud privada, cómo la satisfacción, la confianza y el compromiso influyen en el grado de lealtad de los pacientes hacia su médico tratante. Se construyen escalas válidas y fiables, y se contrasta un modelo propuesto a través de ecuaciones estructurales. Los resultados muestran que el modelo que mejor representa este fenómeno, se genera a través de una relación en cadena, que comienza con la satisfacción, y es mediada por la confianza y el compromiso. Modelos rivales confirman los resultados, concluyendo una estructura óptima de formación de lealtad en base a las variables de estudio.

Palabras clave: Lealtad, compromiso, confianza, satisfacción, pacientes.

1. Introducción

La actividad médica y las prestaciones de salud se han convertido en áreas muy competitivas debido a la maduración del mercado de los servicios de salud privados, en donde, de forma continua, el paciente tiene cada vez mayores oportunidades de elegir a su prestador de servicios. En este nuevo contexto, tanto la generación de nuevos pacientes (clientes), como el mantenimiento de los actuales, se han convertido en problemas centrales del servicio médico privado y, por tanto, en la base para las decisiones estratégicas tendientes a lograr un mayor desarrollo de los servicios de esta área (Fisk, *et al.*,

1990), que ahora se centran en la conformación y el desarrollo de una adecuada cartera de pacientes. Lo antes mencionado se convierte en una condición esencial, debido a que, entre otras cosas, es más fácil y más barato atender a los clientes habituales del servicio que intentar atraer clientes nuevos (Barlow y Moller, 1996).

Lo anterior es en especial válido en Chile como contexto de estudio, ya que este país presenta una alta tasa de participación de las atenciones privadas sobre el total del gasto que se realiza en salud en el país. Al respecto, Chile es uno de los siete países del mundo que financian más del 20% de su atención sanitaria a través de seguros privados (Sekhri y Savedoff, 2005). Además, se suma al hecho de que el crecimiento de la tasa de médicos por habitante en Chile ha aumentado drásticamente, pasando de 1/921 en 1988 a 1/612 en 2004 (Román, *et al.*, 2006) y a 1/558 en 2008 (Clínicas de Chile, 2010). Como consecuencia de este aumento de la competencia en el sector, la lealtad del paciente hacia el médico se convierte en un factor clave del éxito de los profesionales de la salud.

La lealtad ha sido definida como “un compromiso profundo y sostenido de repetir la compra o de volver a frecuentar un producto o servicio preferido, consistentemente en el futuro, causando una compra repetida de la misma marca o de un *set* de marcas, a pesar de existir influencias situacionales y esfuerzos de *marketing* que hicieren posible un comportamiento de remplazo” (Oliver, 1999). La lealtad es considerada tanto una conducta (Penchansky, 1986) como una intención (Fisk, *et al.*, 1990), según las cuales los usuarios de un servicio repiten su consumo (visita), generan comunicación boca a boca que puede atraer a nuevos clientes (pacientes) y mantienen una actitud favorable a la marca, producto o servicio (prestación médica) tanto en lo cognitivo como en lo afectivo.

El concepto de lealtad depende en gran medida de la capacidad de los individuos de elegir libremente a su vendedor o proveedor de servicios. Si no existe libre elección del proveedor, no

se puede hablar de lealtad, debido a la imposibilidad o restricción de cambiar por decisión propia a quien presta el servicio. Lo anterior daría lugar a una repetición de conducta de uso de carácter espuria, más que a una lealtad verdadera (Dick y Basu, 1994). Con esto, en el caso de los servicios médicos, se debe hacer una clara diferenciación entre las distintas realidades del ámbito público y privado. En el primero, la atención se realiza sin una mayor elección del lugar y del profesional que presta el servicio, sin embargo, en el segundo, las posibilidades de elección están generalmente abiertas, tanto en términos del centro de atención como del médico.

En el contexto de los servicios médicos, la obtención de la lealtad del paciente implica considerables beneficios, tal como documenta la literatura al respecto. Por ejemplo, una mayor lealtad hacia el médico reduce la deserción de pacientes (Penchansky, 1986; Marquis, *et al.*, 1983) y previene el uso de malas prácticas en la adquisición de otros nuevos (MacStravic, 1994). Según otras fuentes, la lealtad del paciente disminuye las tasas de reclamos (Czepiel y Gilmore, 1987), genera una menor probabilidad de demanda contra el médico ante una negligencia o error (Schutte, 1990), reduce la necesidad de competencia entre médicos basándose en el precio (Webster, 1988), mejora la calidad de los diagnósticos y de la atención médica (MacStravic, 1994) e influencia la percepción de la calidad del tratamiento médico (Chahal and Kumari, 2012). Con todo lo anterior, los pacientes leales generan mayores ingresos, tienden a ser más rentables y son más estrictos a la hora de seguir las indicaciones de su médico (Montaglione, 1999).

Todos estos beneficios demuestran que la lealtad del paciente es importante para los profesionales del área de la salud. Lo pendiente es saber cómo obtener la lealtad del paciente o cuál es el proceso que éstos siguen para llegar a ser leales. Basándose en la literatura de otras áreas del comportamiento y de las actitudes humanas, se sabe que la formación y el mantenimiento de la lealtad de un usuario podrían estar determinados por una serie de factores antecedentes que influyen estos procesos.

Conscientes de esta realidad, el propósito de este estudio es establecer cómo la lealtad del paciente a su médico, en el contexto de la salud privada en Chile, es determinada por la satisfacción, la confianza y el compromiso. Luego de formularse las hipótesis correspondientes, se presenta la metodología utilizada para contrastarlas y extraer las conclusiones que sirvan de base para la práctica y la gestión de los servicios médicos. Finalmente se contrasta el modelo teórico propuesto con una serie de modelos alternativos factibles entre las variables en estudio y se presentan las principales conclusiones y la discusión de los resultados.

2. Planteamientos teóricos

Los siguientes antecedentes conforman el proceso que genera la lealtad del paciente, en orden de importancia y vinculación que podrían tener con la lealtad.

A. *Compromiso*

El compromiso es la creencia de que la importancia de la relación con otro es tan significativa como para garantizar el máximo esfuerzo para mantenerla (Peppers y Rogers, 2004). En términos más simples, el compromiso es un deseo duradero de mantener una determinada relación que es valiosa para una de las partes (Garbarino y Johnson, 1999).

El compromiso ha adquirido una especial relevancia en el contexto del *marketing* relacional, distinguiendo e incrementando la lealtad en detrimento de otras formas de repetición de compra (Jacoby y Kyner, 1973), como es por ejemplo, la que se basa en la simple inercia (Amine, 1998). De esta forma, el compromiso se ha convertido en una de las variables más importantes en la determinación de la lealtad, permitiendo identificar la lealtad

verdadera de otras formas poco elaboradas de lealtad (Crosby y Taylor, 1983).

Algunos autores han sugerido teóricamente que el compromiso influye sobre la lealtad (Oliver, 1999), sin embargo, otros han podido comprobarlo empíricamente. Este es el caso Fullerton (2005) quien encontró que esta relación es significativa, sobre todo cuando el compromiso del consumidor está basado en los valores compartidos y en la identificación con su proveedor.

Más específicamente, estudios recientes en el ámbito del *marketing* de la salud han subrayado la importancia del compromiso en el fortalecimiento de la relación médico-paciente (Ouschan, *et al.*, 2006) y han probado los importantes efectos de influencia del compromiso del paciente sobre la lealtad hacia un proveedor de servicios médicos (Kim *et al.*, 2008; Suki, 2011).

De acuerdo con estos antecedentes, y considerando la relación médico-paciente en el contexto de estudio, a continuación se expone la siguiente hipótesis:

H1: El compromiso del paciente influye directa y positivamente sobre la lealtad hacia su médico.

B. *Confianza*

La confianza es generalmente vista como un ingrediente esencial para el desarrollo exitoso de las relaciones (Berry, 1995; Morgan y Hunt, 1994). La confianza se define como la buena voluntad de depender de otro, del cual uno se fía (Moorman, *et al.*, 1993). También ha sido definida como la confianza de una parte en otra, en términos de fiabilidad, durabilidad e integridad, basada en la creencia que las acciones realizadas por una parte, están enfocadas al mejor interés y resultados positivos para la otra parte (Peppers y Rogers, 2004).

En la literatura especializada de *marketing*, la confianza ha sido señalada como un antecedente del compromiso (Sharma y Patterson, 1999; Delgado-Ballester y Munuera-Alemán, 2001). Es así como, por ejemplo, Morgan y Hunt (1994) determinaron que la confianza es el factor de mayor relevancia en la relación de compromiso existente entre un proveedor y una empresa. Por su parte, Grayson y Ambler (1999) y Garbarino y Johnson (1999) llegaron a la misma conclusión, aunque enfatizando que esta influencia tiende a decrecer cuando se trata de relaciones de largo plazo.

En el contexto de las atenciones profesionales en salud, la confianza ha sido considerada como un componente clave en la relación entre pacientes y médicos (Mechanic y Schlesinger, 1996; Thom y Campbell, 1997). En un estudio cualitativo exploratorio basado en *focus group*, se determinó que los pacientes describen a la confianza como un reflejo de un compromiso con la relación en curso con sus respectivos médicos (Thom, *et al.*, 2004). La relación directa entre confianza y compromiso en el contexto médico-paciente ha sido comprobada (Crutchfield y Morgan, 2010), más específicamente, Berry *et al.* (2008) proponen que, en este contexto, la confianza en los médicos está fuertemente relacionada con el compromiso del paciente, principalmente en orden de mejorar el entendimiento entre ambos.

Considerando los antecedentes anteriores, se podría pensar que en la relación médico-paciente la confianza también influye de manera directa sobre el compromiso. Por lo tanto, de acuerdo con este razonamiento, se plantea la siguiente hipótesis.

H2: La confianza del paciente influye directa y positivamente sobre el compromiso del paciente con su médico.

C. *Satisfacción*

La importancia de la satisfacción como factor de éxito de las relaciones entre proveedor y cliente ha sido ampliamente estudiada, principalmente por su fuerte vínculo con la calidad del servicio. La satisfacción se define como una evaluación global basada en la experiencia de consumo de un bien o servicio en el tiempo (Anderson, *et al.*, 1994) que involucra la percepción del servicio recibido y las expectativas que los clientes se habrían generado de estos (Zeithaml y Bitner, 2002).

Diversos estudios han analizado la relación entre la satisfacción y la confianza. Según Selnes (1998) la mayor satisfacción lleva a una mayor confianza hacia el proveedor. Para Roman (2003), los encuentros de servicio satisfactorios a lo largo del tiempo refuerzan la confianza en el proveedor, mientras que para Singh y Sirdeshmukh (2000), una experiencia de alta satisfacción no solo mantiene la confianza de un consumidor que ya confía, sino que la aumenta. Por otra parte, Ravald y Gronroos (1996) analizan esta relación como un proceso. De hecho consideran, que luego de algunas transacciones exitosas, el consumidor tiende a sentir satisfacción, la que se traduce posteriormente en un mayor nivel de seguridad hacia el proveedor y en consecuencia en un mayor grado de confianza.

Como en otros estudios, se considera apropiado para el contexto de salud la medición de la satisfacción en base al desempeño, debido a que las expectativas del paciente se hacen latentes con el tiempo, lo que conlleva cambios rápidos y drásticos en la satisfacción (Mummalaneni y Gopalakrshna, 1997). Considerando las relaciones en el contexto de los servicios de salud y en específico, en la relación médico-paciente, tanto la satisfacción como la confianza han sido identificadas como relacionadas ejerciendo un efecto sobre la intención de volver a consultar a un mismo médico (Spake y Bishop, 2009); también diversos estudios

han probado el efecto de influencia positiva de la satisfacción sobre la confianza (Anderson y Dedrick, 1990; Leisen y Hyman, 2004)

Con estos antecedentes es posible suponer que esta influencia también está presente en la relación médico-paciente en el contexto de estudio, por lo tanto, se puede plantear la siguiente hipótesis:

H3: La satisfacción del paciente influye directa y positivamente sobre su confianza en el médico.

3. Metodología

Para confeccionar escalas con suficiente grado de fiabilidad y validez, se utilizó el procedimiento multietápico sugerido por Deng y Dart (1994). La primera etapa de este proceso consistió en asegurar la validez de contenido de las escalas de medida que se incluyen en el estudio (lealtad, confianza, compromiso y satisfacción del paciente) y recolectar los datos de una muestra representativa. En la segunda etapa se emplearon los datos obtenidos para analizar las propiedades psicométricas de las escalas de medida. Se emplearon escalas Likert multiítem de siete puntos (donde 1 es totalmente en desacuerdo y 7 es totalmente de acuerdo). Como resultado, la confianza quedó compuesta por tres dimensiones (honestidad, benevolencia y competencia) y la satisfacción, el compromiso y la lealtad, por una dimensión cada una.

Para probar las hipótesis se realizó una muestra de pacientes mediante un cuestionario estructurado preparado especialmente para la ocasión. Se entrevistaron a 277 pacientes seleccionados bajo un criterio de cuotas, que representan a la población usando las 10 especialidades médicas de mayor consulta en Chile. Tanto en la muestra como en la población, las 10 especialidades más frecuentes concentran el 82% de las consultas médicas que se realizan en el país. El tamaño de la muestra supera el criterio de Hair, et al.

(2005), que indica la utilización de entre 5 y 10 observaciones por parámetro medido (en este caso, 11,4 en promedio por ítem), para el uso de modelos de ecuaciones estructurales, además, se cumple con el criterio de Ding, *et al.* (1995), quienes recomiendan un tamaño muestral mínimo comprendido entre 100 y 150 observaciones para utilizar el método de estimación de máximo verosímil-MLE mediante un modelo de ecuaciones estructurales (que es el método utilizado en esta investigación).

Para efectos de esta investigación se consideraron pacientes con mayoría de edad legal en el contexto de estudio (es decir, mayores de 18 años) que tuvieran un uso habitual de servicios médicos de consulta privada en alguna especialidad, excluyendo servicios pediátricos y psicológicos, y que tuvieran libertad para elegir al prestador de servicios de su conveniencia entre un *set* de alternativas disponibles, ya sea por medio de atención particular (pago directo del paciente por la atención) o por medio de copago con una aseguradora (privada o pública). Las respuestas repetidas, los casos atípicos y los cuestionarios incompletos fueron controlados, con ello, la muestra final válida incluyó 250 casos. Ésta quedó compuesta por un 46% de hombres y 54% de mujeres. Un 69,2% de los entrevistados paga sus atenciones médicas con un plan de salud contratado con una Institución de Salud Previsional Privada (ISAPRE), un 24,8% lo hace utilizando el Fondo Nacional de Salud (FONASA, institución de previsión de salud pública) y 6,0% lo hace de manera particular, es decir, sin un plan de reembolso posterior. En cuanto a la edad de los entrevistados, un 37,6% se encuentran en el rango entre 18 y 25 años, un 26,0% entre 26 y 44 años, un 31,2% entre 45 y 64 años y un 5,2% con 65 años o más.

A. Análisis fiabilidad y dimensionalidad

La fiabilidad inicial mostró que todas las dimensiones identificadas en el estudio alcanzaban un Alpha de Cronbach mayor a 0,70 (Nunnally, 1978) y que cada una de ellas (medidas a través del análisis factorial exploratorio) presentaban un buen grado de unidimensionalidad con una correlación ítems-total subescala para cada variable superior a 0,30 (Norusis, 1993) (tabla 1).

Tabla 1
Análisis de fiabilidad y dimensionalidad

	HONESTIDAD (HON)	BENEVOLENCIA (BEN)	COMPETENCIA (CMT)	COMPROMISO (CPR)	SATISFACCIÓN (SAT)	LEALTAD (LEAL)
Análisis factorial						
Varianza explicada (%)	78,68	81,95	74,34	79,54	90,19	78,30
Pesos factoriales	>0,85	>0,88	>0,82	>0,83	>0,92	>0,84
Índices de fiabilidad						
Alpha de Cronbach	0,91	0,89	0,81	0,91	0,97	0,86
Fiabilidad compuesta del constructo	0,84	0,81	0,75	0,86	0,93	0,79
Índice AVE	0,58	0,59	0,50	0,60	0,72	0,55

La multidimensionalidad de la variable confianza se confirmó a través de una Estrategia de Modelos Rivales (Hair, *et al.*, 2005), comparando una estructura de primer orden versus una de segundo orden. Los análisis mostraron que el modelo de segundo orden presentaba mejores niveles de ajuste.

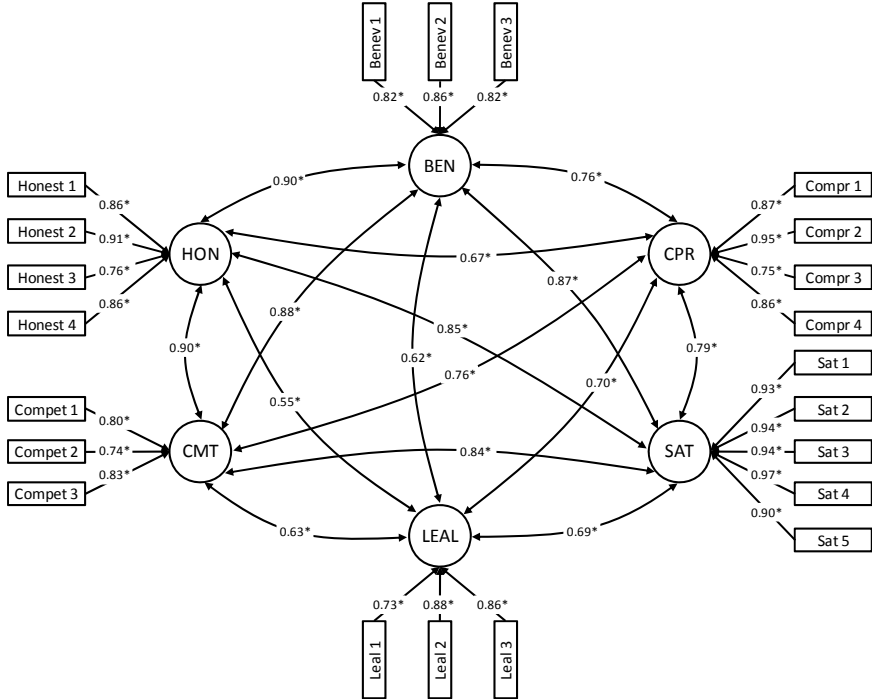
Posteriormente, se realizó un análisis confirmatorio de fiabilidad mediante ecuaciones estructurales, utilizando el *software*

estadístico EQS en su versión 6.1 (figura 1). Considerando las distintas subescalas se realizó un proceso de mejora de modelo (Hair, *et al.*, 2005) para eliminar aquellos indicadores que no contribuyen a lograr un buen ajuste de cada modelo propuesto. Para esto, se consideraron los criterios de eliminación de ítems propuestos por Joreskog y Sorbom (1993):

- 1) El primer criterio, de convergencia débil, indica que se deben eliminar los indicadores que no tienen un coeficiente *t student* de regresión factorial significativo al 1%.
- 2) El segundo criterio, de convergencia fuerte, indica que se deben eliminar aquellos indicadores que no son sustanciales, es decir, aquellos que tienen un coeficiente estandarizado menor a 0,50.
- 3) El tercer criterio propone la eliminación de aquellos ítems que menos contribuyen a la explicación del modelo, considerando como punto de corte un valor de R^2 menor a 0,30.

Considerando los criterios mencionados, no hubo necesidad de eliminar indicadores, puesto que todos cumplen las condiciones impuestas, manteniendo una estructura con tres ítems en benevolencia, cuatro ítems en honestidad, tres ítems en competencia, cuatro ítems en compromiso, cinco ítems en satisfacción y tres ítems en lealtad. Los niveles de ajuste del modelo resultaron muy satisfactorios, tanto en las medidas de ajuste absoluto como en las medidas de ajuste incremental y de parsimonia (tabla 2).

Figura 1
Análisis confirmatorio



* Significativo al 0,01

Una vez realizado el análisis factorial confirmatorio, se constató la fiabilidad de cada una de las variables utilizadas en el estudio. Para esto se obtuvieron los índices de Fiabilidad Compuesta del Constructo y el AVE (*Average Variance Explained*), los que en todos los casos superan el mínimo aceptable de 0,70 y 0,50 respectivamente (Nunnally, 1978) (ver tabla 1).

Tabla 2
*Ajustes y condiciones de ajuste óptimo
para análisis confirmatorio*

	VALOR REQUERIDO	AJUSTE
Ajuste absoluto		
χ^2 (g.l.)		459,66 (194)
GFI	Alto (cercano a 1)	0,86
RMSEA	< 0.1	0,07
Ajuste incremental		
IFI	Alto (cercano a 1)	0,95
CFI	Alto (cercano a 1)	0,95
AGFI	Alto (cercano a 1)	0,81
NFI	Alto (cercano a 1)	0,92
Ajuste de parsimonia		
Normed χ^2	[1 ; 5]	2,37

B. *Análisis de validez*

La validez de contenido está garantizada, ya que todas las escalas utilizadas en el estudio fueron diseñadas a partir de un análisis exhaustivo de la literatura. La variable lealtad fue construida a partir de los trabajos de Rowley y Dawes (2000) y Yoon y Kim (2000). En el caso del compromiso se utilizaron los trabajos de Anderson y Weitz (1992) y Morgan y Hunt (1994). Los ítems de satisfacción fueron adaptados de Sharma y Patterson (1999); Brockman (1998) y Smith y Barclay (1997). Por su parte, las dimensiones de confianza fueron construidas en base a los trabajos de Doney y Cannon (1997); Kumar, *et al.* (1995) y Siguaw, *et al.* (1998) para el caso de la honestidad, la benevolencia y la competencia.

Las preguntas utilizadas en la escala fueron traducidas de su idioma original al español por medio de un procedimiento de traducción reversa (Van de Vivjer y Hambleton, 1996; Erdogan,

et al., 2006). En este proceso, un primer traductor convierte las afirmaciones del inglés al español y un segundo traductor realiza posteriormente el proceso inverso, tomando el resultado inicial y traduciéndolo nuevamente al inglés, de manera de comprobar que se ha conservado el sentido y enfoque de cada afirmación. Posteriormente, las preguntas fueron adaptadas para adecuarlas a la realidad local y al ámbito de aplicación.

Adicionalmente, siguiendo el procedimiento recomendado por De Wulf y Odekerken-Schröder (2003) se realizaron entrevistas a 10 médicos que atienden pacientes en el sistema de salud privado y a tres gerentes de centros de salud, además de cuatro *focus groups* con pacientes con características socio-demográficas similares a los individuos pertenecientes a la muestra final encuestada (tabla 3).

La validez convergente se llevó a cabo a través de dos procedimientos (ver tabla 2). Con el primero se observó que en todas las escalas los coeficientes estandarizados eran estadísticamente significativos al 0,01 y mayores a 0,50 (Bagozzi y Yi, 1998). Con el segundo procedimiento se concluyó que, en todos los casos, las correlaciones entre las diferentes dimensiones propuestas eran significativas al 0,01 ($t > 2,58$). La validez discriminante fue confirmada por medio de dos *test*: (1) el *test* de diferencias entre la *Chi-cuadrado*, donde todos los valores fueron significativos; (2) el *test* de intervalos de confianza, donde en todos los casos, el valor 1 no quedó incluido dentro de los intervalos respectivos (Bagozzi, 1981). Los resultados de estos *tests* se muestran en la tabla 4.

Tabla 3
Ítems por constructo en la escala de medición

Lealtad (Leal)
Visito a mi médico más frecuentemente que a otros especialistas.
Éste es el médico donde consulto la mayoría de las veces.
Éste es mi médico favorito para consultar.
Compromiso (Cpr)
La relación que tengo con mi médico, es algo que pretendo mantener en el futuro.
Estoy muy comprometido con mi médico actual.
La relación que tengo con mi médico me merece el mayor esfuerzo para mantenerla.
Creo que destacaría los aspectos positivos de este médico si alguien lo criticara.
Satisfacción (Sat)
Estoy muy satisfecho con mi actual médico.
Si tuviera que hacerlo de nuevo, elegiría al mismo médico.
La experiencia que he tenido con mi actual médico ha sido satisfactoria.
Estoy satisfecho con el servicio entregado por mi médico.
Yo creo que tomé una decisión correcta al elegir a este médico.
Confianza (Conf)
Honestidad (Hon)
Creo que la atención de mi médico se caracteriza por ser sincera y honesta.
Creo que puedo fiarme de las recomendaciones de mi médico.
Creo que mi médico suele cumplir las promesas que hace a sus pacientes.
Mi médico se caracteriza por su transparencia al ofrecer sus servicios al paciente.
Benevolencia (Ben)
Creo que las recomendaciones que me da mi médico, buscan un beneficio mutuo.
Creo que mi médico se preocupa por el interés presente y futuro de sus pacientes.
Creo que mi médico no haría nada que pudiera perjudicar a sus pacientes de forma intencionada.
Competencia (Cpt)
Mi médico tiene suficiente experiencia para tratar a sus pacientes.
Mi doctor conoce lo suficiente a sus pacientes para ofrecer servicios adaptados a sus necesidades.
Mi médico tiene la habilidad necesaria para realizar su trabajo.

Tabla 4
Validez discriminante

RELACIÓN BIVARIADA	COEFICIENTE DE CORRELACIÓN	DIFERENCIA χ^2 (G.L.); <i>P</i>	INTERVALO DE CONFIANZA
Hon-Ben	0,90	48,90 (1); 0,000	0,86; 0,94
Hon-Cmt	0,90	26,99 (1); 0,000	0,86; 0,95
Hon-Cpr	0,67	353,73 (1); 0,000	0,59; 0,75
Hon-Sat	0,85	195,56 (1); 0,000	0,81; 0,89
Hon-Leal	0,55	250,33 (1); 0,000	0,45; 0,65
Ben-Cmt	0,88	28,81 (1); 0,000	0,83; 0,93
Ben-Cpr	0,76	172,20 (1); 0,000	0,70; 0,83
Ben-Sat	0,89	80,48 (1); 0,000	0,85; 0,93
Ben-Leal	0,62	210,99 (1); 0,000	0,52; 0,71
Cmt-Cpr	0,76	89,21 (1); 0,000	0,69; 0,83
Cmt-Sat	0,84	66,85 (1); 0,000	0,78; 0,89
Cmt-Leal	0,63	140,50 (1); 0,000	0,53; 0,73
Cpr-Sat	0,79	302,05 (1); 0,000	0,74; 0,84
Cpr-Leal	0,70	170,29 (1); 0,000	0,63; 0,78
Sat-Leal	0,69	193,14 (1); 0,000	0,61; 0,77

4. Análisis del modelo estructural propuesto

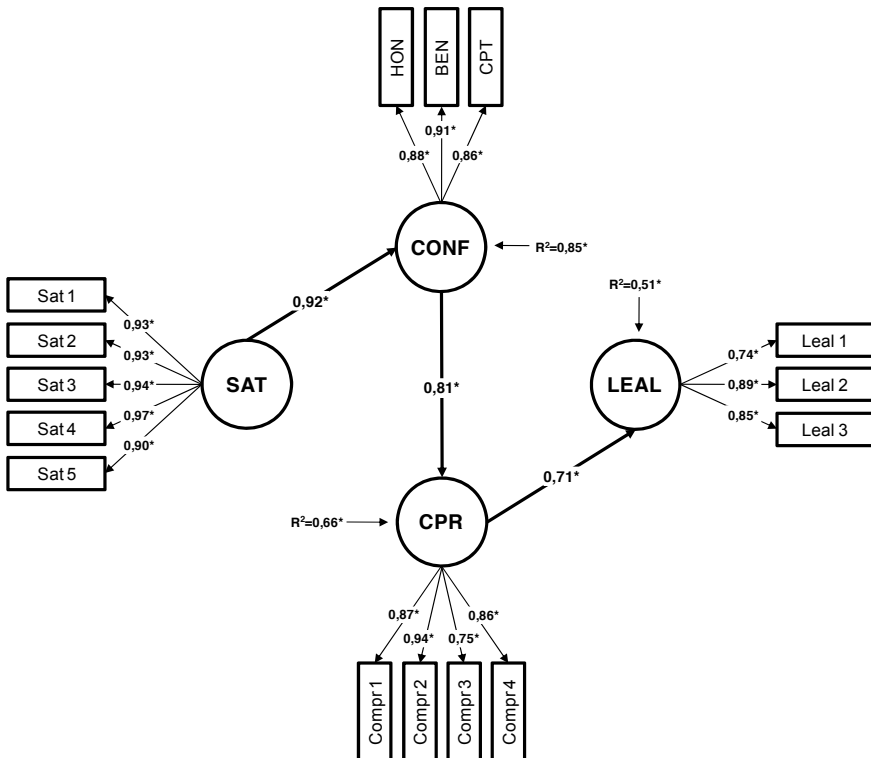
Una vez obtenidas escalas de medidas fiables y válidas se procedió a probar las hipótesis usando modelos de ecuaciones estructurales (Bagozzi, 1981). Para el caso de la variable multidimensional (confianza) se utilizó el promedio aritmético de los ítems de cada dimensión resultante después del análisis factorial (Flavián, *et al.*, 2006), debido a que estas dimensiones presentaron un buen grado de fiabilidad, validez y dimensionalidad, posibilitando el uso de un modelo factorial de segundo orden que confirma la existencia de una estructura multidimensional robusta.

El modelo estructural muestra buenos niveles de ajuste (CFI 0,96; IFI 0,96; NFI 0,94; GFI 0,88; RMSEA 0,09; Normed χ^2 3,15).

En cuanto a las relaciones causales (ver figura 2) se observa que la confianza del paciente influye directamente y de manera positiva sobre su compromiso con el médico, y que altos niveles de compromiso tienen un efecto significativo y positivo sobre la lealtad. Estos hallazgos dan soporte a las hipótesis H1 y H2. Por otra parte, los resultados también muestran que la satisfacción del paciente tiene un efecto positivo directo y significativo sobre su confianza con el médico en soporte a la hipótesis H3.

Figura 2

Modelo estructural de las relaciones entre satisfacción, confianza, compromiso y lealtad del paciente a su médico

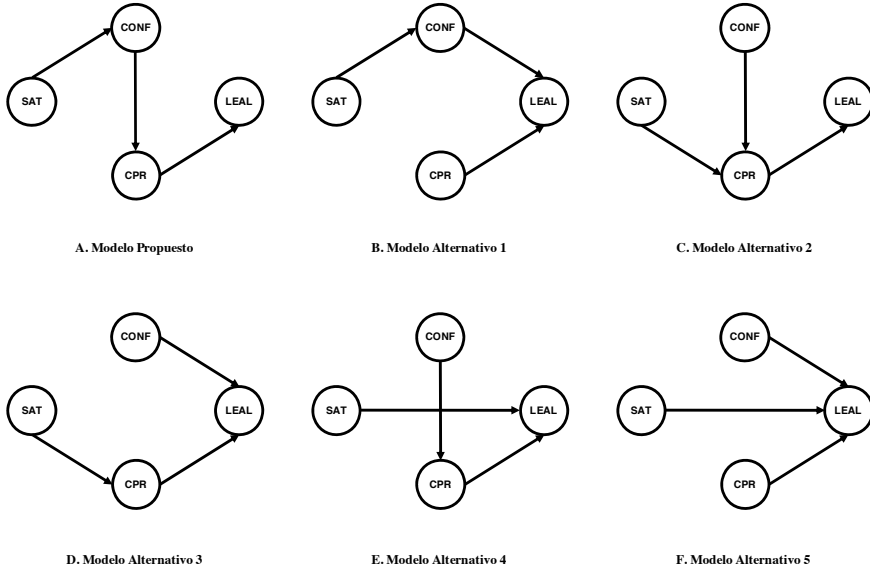


Adicionalmente, es necesario destacar que además de los resultados de las relaciones directas propuestas en este estudio, el modelo de ecuaciones estructurales entrega coeficientes de determinación indirectos de la satisfacción y la confianza sobre la lealtad. Estos efectos indirectos involucran una o más variables moderadoras que transmiten parte del efecto causal de las variables antecedentes hacia las variables subsecuentes (Kline, 1998). En este caso, los coeficientes de efecto indirecto estandarizados para las relaciones satisfacción-lealtad y confianza-lealtad son 0,54 y 0,58 respectivamente.

Finalmente, para establecer que el modelo estructural propuesto es superior a otros que implican las mismas variables en estudio, se llevó a cabo una comparación de modelos, contrastando el modelo causal con diferentes modelos rivales (Bloemer y Odekerken-Schroeder, 2003). Se utilizaron como modelos alternativos aquellos con diferentes combinaciones de determinación entre las variables en estudio y que cumplieran con dos condiciones básicas: (1) No contradecir la amplia evidencia teórica que indica relaciones de antecendencia entre los constructos utilizados, considerando como constructo final la lealtad. (2) No plantear modelos que pudieran generar un efecto directo e indirecto a la vez sobre la variable final (lealtad). Esto aumenta el número de relaciones, disminuye los grados de libertad y, en consecuencia, podría sobreestimar artificialmente los ajustes del modelo. De acuerdo con lo anterior, se generaron cinco modelos alternativos posibles (figura 3).

Figura 3

Modelo estructural causal y modelos rivales



Los resultados del análisis de los modelos rivales muestran que el modelo causal propuesto es mejor a sus alternativas, siguiendo los requisitos propuestos por Morgan y Hunt (1994) para este tipo de análisis. Como se aprecia en la tabla 5, los niveles de ajuste GFI, IFI, CFI, AGFI y NFI son claramente mayores en el modelo propuesto que en los rivales, el índice de ajuste RMSEA es más bajo y el Normed χ^2 está en el intervalo óptimo. Así, el modelo muestra mejor ajuste absoluto, mejor ajuste incremental y mejor nivel de parsimonia. Además, la variable lealtad es explicada en un mayor nivel en el modelo causal propuesto ($R^2 = 0,51$) que en todos los modelos alternativos (valores de R^2 fluctúan entre 0,38 y 0,44). Con todo lo anterior, se puede concluir que el modelo estructural base es mejor que los modelos alternativos probados.

Tabla 5
*Comparación de ajustes entre modelo causal propuesto
 y modelos rivales*

MODELO	A	B	C	D	E	F
Ajustes absolutos						
χ^2 (g.l.)	274,17 (87)	472,88 (87)	599,32 (87)	605,98 (87)	622,37 (87)	802,71 (87)
GFI	0,88	0,84	0,82	0,83	0,82	0,75
RMSEA	0,09	0,13	0,15	0,16	0,16	0,18
Ajustes incrementales						
IFI	0,96	0,91	0,88	0,88	0,88	0,83
CFI	0,96	0,91	0,88	0,88	0,88	0,83
AGFI	0,83	0,78	0,75	0,76	0,76	0,65
NFI	0,94	0,89	0,86	0,86	0,86	0,82
Ajustes de parsimonia						
Normed χ^2	3,15	5,44	6,89	6,99	7,15	9,23

5. Conclusiones

Entender cómo se genera y mantiene la lealtad del paciente hacia su médico en el contexto de la salud privada en Chile, donde existe una amplia posibilidad de elección del proveedor, es crucial en un contexto y época en que esta relación está en riesgo y tiende a diluirse fácilmente. La relación médico-paciente ha adquirido especial relevancia, ya que los pacientes leales facilitan que sus médicos realicen mejores diagnósticos, reduzcan la deserción y disminuyan los costos involucrados en la búsqueda de nuevos usuarios. Este estudio no sólo contribuye a entender cómo se genera la lealtad del paciente, sino también a señalar el camino que éstos siguen para ser en algún momento leales a su médico.

Es así, como los resultados de este estudio muestran que en los servicios profesionales de los médicos, la satisfacción es seguida

por la confianza, la cual a su vez, afecta el compromiso, determinando con posterioridad la lealtad del paciente.

De forma específica, se establece que el compromiso influye de manera positiva y directa en la lealtad del paciente a su médico. Este compromiso genera un estado de dependencia actitudinal hacia el proveedor de servicios, principalmente por su componente afectivo que lleva a que el paciente se involucre con el servicio que presta su médico tratante. El componente actitudinal de la lealtad del paciente permite, por una parte, convertir la actitud en comportamiento (el paciente recomienda y usa consistentemente en el futuro los servicios de un médico en particular) y, por otra, diferenciar las atenciones médicas repetidas de aquellas que forman parte de la lealtad verdadera.

A su vez, el compromiso se encuentra positiva y fuertemente influenciado por la confianza del paciente hacia el médico. Un mayor nivel de compromiso se logra cuando los componentes de la confianza (honestidad, benevolencia y competencia) están presentes; es decir, cuando el médico no sólo es percibido con las competencias necesarias para el desarrollo de su actividad (por ejemplo, diagnósticos certeros, demostración de seguridad), sino que es también visto como benevolente (el médico busca el mejor resultado para el paciente y provee el mejor servicio posible) y honesto (no existe intención de aprovecharse de la relación con el paciente).

Además, es necesario destacar la especial relevancia que tiene la influencia de la satisfacción sobre la confianza del paciente en la posterior consecución de la lealtad. La satisfacción, al ser el factor inicial, su ausencia (pacientes insatisfechos) dificultará de manera esencial que el paciente adquiera confianza en el médico y posteriormente obtenga algún nivel de compromiso y de lealtad hacia éste. Consecuentemente, es importante ofrecer siempre un buen servicio de manera que se logre disminuir la brecha entre las expectativas dinámicas de los pacientes y la percepción de calidad del servicio recibido. Un buen servicio exige poner especial énfasis

en la responsabilidad, certeza, empatía, confiabilidad y los elementos tangibles del servicio médico.

Finalmente, se mostró que el modelo lineal propuesto genera efectos indirectos significativos de la confianza y la satisfacción sobre la lealtad. De esta forma, no se obvia el efecto, por ejemplo, de la satisfacción sobre la lealtad, sino que se reconoce como mediado por los otros factores que son incluidos en el modelo, disminuyendo de esta manera el número de relaciones explícitas y generando un modelo menos complejo y más parsimonioso. La comparación con diversas alternativas posibles, muestra que el modelo propuesto presenta mejores niveles de ajuste y, por ende, apoya la idea de que los factores antecedentes forman una cadena de sucesos explicativos de la lealtad.

Dentro de las potenciales limitaciones destaca un posible sesgo por varianza común del método. Debido a que todos los constructos e indicadores fueron medidos utilizando un mismo sistema de preguntas (escalas Likert de 7 puntos), existe riesgo de obtener desviaciones en la medición debido a, entre otros motivos, deseabilidad social, deseo de consistencia o influencia de respuestas previas en respuestas subsecuentes (Podsakoff *et al.*, 2003). Pese a que pruebas estadísticas preliminares (como la inclusión de un factor común para controlar por la varianza compartida) no muestran efectos relevantes de esta materia, en estudios subsecuentes algunas estrategias de diseño de cuestionarios y de toma de datos debieran ser aplicadas, como por ejemplo, utilizar diversas fuentes de datos, hacer el orden de las preguntas aleatorio, proteger la anonimidad de los contestantes y también hacer una separación psicológica en el momento de la medición de variables dependientes e independientes, de modo de generar independencia en la medición de los constructos involucrados (Podsakoff *et al.*, 2003).

Referencias

- AMINE, A. (1998), "Consumers' true brand loyalty: The central role of commitment", *Journal of Strategic Marketing*, Vol. 6, Nº 4, pp. 305-319.
- ANDERSON, E., C. FORNELL y D. LEHMANN (1994), "Customer satisfaction, market share, and profitability: Findings from Sweden", *Journal of Marketing*, Vol. 58, pp. 53-66.
- ANDERSON, E. y B. WEITZ (1992), "The use of pledges to build and sustain commitment in distribution channels", *Journal of Marketing Research*, Vol. 29, Nº 1, pp. 18-34.
- ANDERSON, L.A. y R.F. DEDRICK (1990), "Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient – physician relationship", *Psychological Reports*, Vol. 67, pp. 1091-1100.
- BAGOZZI, R. (1981), "Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error: A comment", *Journal of Marketing Research*, Vol. 18, Nº 3, pp. 375-381.
- BAGOZZI, R. y Y. YI, (1988), "On the evaluation of structural equation models", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 16, Nº 1, pp. 74-95.
- BARLOW, J. y C. MOLLER (1996), *A Complaint is a Gift*, San Francisco, CA, USA, Bennett-Koehler Publishers.
- BERRY, L.L. (1995), "Relationship marketing services-growing interest, emerging perspectives", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, Nº 2, pp. 236-245.
- BERRY, L.L., J.T. PARISH, R. JANAKIRAMAN, L. OGBUM-RUSSELL, G.R. COUCHMAN, W.L RAYBUM y J. GRISEL (2008), "Patients' commitment to their primary physician and why it matters", *Annals of Family Medicine*, Vol. 6, pp. 6-13.
- BLOEMER, J. y G. ODEKERKEN-SCHROEDER (2003), "Antecedents and consequences of affective commitment", *Australasian Marketing Journal*, Vol. 11, Nº 3, pp. 33-43.

- BROCKMAN, B. (1998), "The influence of affective state on satisfaction ratings", *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 11, pp. 40-50.
- CHAHAL, H. y N. KUMARI (2012), "Service quality and performance in the public health-care sector", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 29, pp. 181-205.
- CLINICAS DE CHILE A.G. (2010), "Temas de Coyuntura", *Boletín de la Asociación Gremial de Clínicas de Chile*, Vol. 31, pp. 1-7.
- CROSBY, L. y J. TAYLOR (1983), "Psychological commitment and its effects on post-decision evaluation and preference stability among voters", *Journal of Consumer Research*, Vol. 9, pp. 413-431.
- CRUTCHFIELD, T.N. y R.M MORGAN (2010), "Building long-term patient-physician relationships", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 27, pp. 215-243.
- CZEPIEL, J.A. y R. GILMORE (1987), "Exploring the concept of loyalty in services", en: *The Service Challenge*, Czepiel, J. et al., eds. Chicago: *American Marketing Association*, pp. 91-94.
- DE WULF, K. y G. ODEKERKEN-SCHRÖDER (2003), "Assessing the impact of a retailer's relationship efforts on consumer attitudes and behaviour", *Journal of Retailing and Consumer Services*, Vol. 10, N° 2, pp. 95-108.
- DELGADO-BALLESTER, E. y J.L. MUNUERA-ALEMAN (2001), "Brand trust in the context of consumer loyalty", *European Journal of Marketing*, Vol. 35, N° 11/12, pp. 1222-1238.
- DENG, S. y J. DART (1994), "Measuring market orientation: A multi-factor, multi-item approach", *Journal of Marketing Management*, Vol. 10, N° 8, pp. 725-742.
- DICK, A.S. y K. BASU (1994), "Customer loyalty: Toward an integrated conceptual framework", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 22, N° 2, pp. 99-103.
- DING, L., W.F VELICER y L.L. HARLOW (1995), "Effects of estimation methods, number of indicator per factor and improper solutions on structural equation modeling fit indices", *Structural Equations Modeling*, Vol. 2, N° 2, pp. 119-143.

- DONEY, P.M. y J.P. CANNON (1997), "An examination of the nature of trust in buyer-seller relationships", *Journal of Marketing*, Vol. 61, N° 2, pp. 35-51.
- ERDOGAN, B., R.C. LIDEN y M.L. KRAIMER (2006), "Justice and leader-member exchange: The moderating role of organization culture", *Academy of Management Journal*, Vol. 49 N° 2, pp. 395-406.
- FISK, T., C. BROWN, K. CANNIZARO y B. NAFTAL (1990), "Creating patient satisfaction and loyalty", *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 10, N° 2, pp. 5-15.
- FLAVIAN, C., M. GUINALIU y R. GURREA (2006), "The role played by perceived usability, satisfaction and consumer trust on website loyalty", *Information and Management*, Vol. 43, N° 1, pp. 1-14.
- FULLERTON, G. (2005), "The impact of brand commitment on loyalty to retail service brands", *Canadian Journal of Administrative Sciences*, Vol. 22, N° 2, pp. 97-110.
- GARBARINO, E. y M.S. JOHNSON (1999), "The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships", *Journal of Marketing*, Vol. 63, pp. 70-87.
- GRAYSON, K. y T. AMBLER (1999), "The dark side of long-term relationships in marketing services", *Journal of Marketing Research*, Vol. 36, N° 1, pp. 132-141.
- HAIR, J.F., W.C. BLACK, B. BABIN, R.E. ANDERSON y R.L. TATHAM (2005), *Multivariate Data Analysis*, Prentice-Hall International, London, UK, 6th edition.
- JACOBY, J. y D.B. KYNER (1973), "Brand loyalty vs. repeat purchasing behavior", *Journal of Marketing Research*, Vol. 10, N° 1, pp. 1-9.
- JÖRESKOG, K.G. y D. SÖRBOM (1993), *LISREL 8: Structural Equation Modeling with the SIMPLIS Command Language*, Scientific Software International, Chicago-Illinois USA.
- KIM, K.H., K.S. KIM, D.Y. KIM, J.H. KIM y S.H. KANG (2008), "Brand equity in hospital marketing", *Journal of Business Research*, Vol. 61, pp. 75-82.

- KLINE, R.B. (1998), "Principle and Practice of Structural Equation Modeling", New York, NY, USA, Guilford Press.
- KUMAR, N., L.K. SCHERR y J.B.E. STEENKAMP (1995), "The effects of perceived interdependence on dealer attitudes", *Journal of Marketing Research*, Vol. 32, N° 3, pp. 348-56.
- LEISEN, B. y M.R. HYMAN (2004), "Antecedents and consequences of trust in a service provider: The case of primary care physician" *Journal of Business Research*, Vol. 57, pp. 990-999.
- MARQUIS, M.S., A. DAVIE y J.E WARE (1983), "Patient satisfaction and change in medical care provider", *Medical Care*, Vol. 21, pp. 821-829.
- MACSTRAVIC, S. (1994), "Patient loyalty to physicians", *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 14, N° 4, pp. 54-56.
- MECHANIC, D. y M. SCHLESINGER (1996), "The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians", *Journal of the American Medical Association*, Vol. 275, N° 21, pp. 1693-1697.
- MONTAGLIONE, C.J. (1999), "The physician-patient relationship: Cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty", *Managed Care Quarterly*, Vol. 7, N° 3, pp. 5-21.
- MOORMAN, C., R. DESHPANDE y G. ZALTMAN (1993), "Factors affecting trust in market research relationship", *Journal of Marketing*, Vol. 57, N° 1, pp. 81-101.
- MORGAN, R.M. y S.D. HUNT (1994), "The commitment-trust theory of relationship marketing", *Journal of Marketing*, Vol. 58, N° 2, pp. 20-38.
- MUMMALANENI, V. y P. GOPALAKRISHNA (1997), "Access, resource, and cost impacts on consumer satisfaction with health care: A comparison across alternative health care modes and time", *Journal of Business Research*, Vol. 39, pp. 173-186.
- NUNNALLY, J.C. (1978), *Psychometric Theory*, 2nd edition, McGraw-Hill, New York, NY, USA.
- NORUSIS, M.J. (1993), *SPSS, Statistical Data Analysis*, SPSS Inc.

- OLIVER, R.L. (1999), "Whence consumer loyalty?" *Journal of Marketing*, Vol. 63, Nº 4, pp. 33-44.
- OUSCHAN, R., J. SWEENEY y L. JOHNSON (2006), "Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations", *European Journal of Marketing*, Vol. 40, Nº 9/10, pp. 1068-1086.
- PENCHANSKY, R. (1986), "Patient-provider concordance: A review and conceptualization", *Medical Care Research and Review*, Vol. 43, Nº 2, pp. 293-350.
- PEPPERS, D. y M. Rogers (2004), *Managing Customer Relationship*, John Wiley and Sons Inc, Hoboken, New Jersey, NJ, USA.
- PODSAKOFF, P.M., S.B. MACKENZIE, J-Y LEE y N.P. PODSAKOFF (2003), "Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, Nº 5, pp. 879-903.
- RAVALD, A. y C. GRONROOS (1996), "The value concept and relationship marketing", *European Journal of Marketing*, Vol. 30, Nº 2, pp. 19-30.
- ROMAN, S. (2003), "The impact of ethical sales on behaviour on customer satisfaction, trust and loyalty to the company: An empirical study in the financial services industry", *Journal of Marketing Management*, Vol. 19, pp. 915-939.
- ROMAN, O., M. Acuña y M. Señoret (2006), "Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004", *Revista Médica de Chile*, Vol. 134, pp. 1057-1064.
- ROWLEY, J. y J. Dawes (2000), "Disloyalty: A closer look at non-loyals", *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 17, Nº 6/7, pp. 538-549.
- SCHUTTE, J.E. (1990), "Malpractice: Why fewer patients are out for blood", *Medical Economics*, Vol. 67, pp. 56-59.
- SEKHRI, N. y W. SAVEDOFF (2005), "Private health insurance: implications for developing countries", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 83, Nº 2, pp. 127-134.
- SELNES, F. (1998), "Antecedents and consequences of trust and satisfaction in buyer-seller relationships", *European Journal of Marketing*, Vol. 2, pp. 305-332.

- SHARMA, N. y P.G. PATTERSON (1999), "The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer professional services", *Journal of Services Marketing*, Vol. 13, pp. 151-170
- SIGUAW, J.A., P.M. SIMPSON y T.L. BAKER (1998), "Effects of supplier market orientation on distributor market orientation and the channel relationship: The distributor perspective", *Journal of Marketing*, Vol. 62, N° 3, pp. 99-111.
- SINGH, J. y D. SIRDESHMUKH (2000), "Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgments", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 28, N° 1, pp. 150-168.
- SMITH, J.B. y D.W. BARCLAY (1997), "The effects of organizational differences and trust on the effectiveness of selling partner relationships", *Journal of Marketing*, Vol. 61, N° 1, pp. 3-21.
- SPAKE, D.F. y J.S. BISHOP (2009), "The impact of perceived closeness on the differing roles of satisfaction, trust, commitment, and comfort on intention to remain with a physician", *Health Marketing Quarterly*, Vol. 26, pp. 1-15.
- SUKI, N.M. (2011), "Assessing patient's satisfaction, trust, commitment, loyalty and doctor's reputation toward doctor services", *Pakistanian Journal of Medical Science*, Vol. 27, N° 5, pp. 1207-1210.
- THOM, D.H. y B. CAMPBELL (1997), "Patient-physician trust: an exploratory study", *Journal of Family Practice*, Vol. 44, N° 2, pp. 169-176.
- THOM, D.H., M.A. HALL y L.G. PAWLSON (2004), "Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care", *Health Affairs*, Vol. 23, N° 4, pp. 124-132.
- VAN DE VIVJER, F. y R.K. HAMBLETON (1996), "Translating test: Some practical guides", *European Psychologist*, Vol. 1, N° 2, pp. 89-99.
- WEBSTER JR., F.E. (1988), "Rediscovering the Marketing Concept", *Research program working paper*, Cambridge, Marketing Science Institute, pp. 8-9.

YOON, S.J. y J.H. KIM (2000), “An empirical validation of a royalty model based on expectation disconfirmation”, *Journal of Consumer Marketing*, Vol. 17, N° 2/3, pp. 120-126.

ZEITHAML, V. y M.J. BITNER (2002), “Marketing de Servicios: Un Enfoque de Integración del Cliente a la Empresa”, Ciudad de México, México, Segunda Edición, McGraw-Hill.