



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Escuela de Economía y Negocios

La Relación Compromiso-Confianza

Aplicada a la Atención Médica.

Seminario para Optar al Título de Ingeniero Comercial Mención

Administración.

INTEGRANTES

Cecilia Araya Espinoza.

Karen Ormazabal Cáceres.

Nayadeth Sepúlveda Vigué.

PROFESORES GUIA: Eduardo Torres Moraga.

Juan Pablo Muñoz Concha.

Santiago, Chile

2005

*Queremos agradecer la orientación y la confianza que nos dieron
nuestros profesores guía, Eduardo Torres y Juan Pablo Muñoz,
a lo largo de todo este proceso.*

*Agradecemos también a nuestros padres
por el constante apoyo brindado.*

INDICE

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	5
CAPITULO I: SISTEMA DE SALUD CHILENO	9
1.1 Organización del Sistema de Salud en Chile	9
1.2 Inequidades en la atención de salud	10
1.3 Plan AUGE	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO	13
2.1 Confianza	14
2.1.1 Comunicación	20
2.1.2 Credibilidad	23
2.1.3 Competencia	24
2.1.4 Reputación	24
2.1.5 Atractivo Alternativo	25
2.2 Compromiso	26
2.2.1 Compromiso Afectivo	28
2.2.2 Compromiso Calculado	29
2.3 Satisfacción	29
2.3.1 Principales Factores que Influyen en la Satisfacción del Paciente	31
CAPITULO III: HIPÓTESIS	32
3.1 Factores que Influyen en la Confianza	33
3.1.1 Características del médico	33
3.1.2 El Rol de la Comunicación en la Confianza	35
3.1.3 Efecto de los Atractivos Alternativos en la Confianza	35
3.2 Consecuencias de la Confianza: Satisfacción y Compromiso	36
3.2.1 Relación Compromiso-Satisfacción	38

CAPITULO IV: METODOLOGIA	39
4.1 Diseño De La Investigación	39
4.1.1 Investigación Preliminar	39
4.2 Recolección De Datos	40
4.2.1 Características de la Muestra	40
4.3 Medidas	41
CAPITULO V: ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD	43
5.1 Análisis De Validez	43
5.2 Análisis De Fiabilidad	44
5.3 Importancia de los Factores	45
CAPITULO VI: ANALISIS DE RESULTADOS	47
6.1 Prueba de Hipótesis	47
6.1.1 Prueba de Hipótesis por Sexo	51
6.1.2 Prueba de Hipótesis por GSE	53
CAPITULO VII: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA GESTION	56
CAPITULO VIII: LIMITACIONES Y DIRECCIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS	59
ANEXOS	60
REFERENCIAS	83

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

Los seres humanos no podríamos vivir en armonía si faltara la Confianza, es decir, la seguridad firme que se tiene de una persona. Tenemos seguridad en una persona porque sabemos que, por ejemplo, trabaja con intensidad, procurando terminar la tarea encomendada cuidando hasta el más mínimo detalle; llegará puntual si así se ha acordado, guardará el secreto que le hemos confiado o cumplirá con nuestras expectativas.

Si bien la confianza nace en nuestro interior, su crecimiento y desarrollo está muy ligado a las relaciones que mantenemos y a las respuestas que obtenemos en ellas. Por ello, es también nuestra responsabilidad seleccionar, cuidar y mimar a las personas con las que nos rodeamos. Habremos de entender que para que exista una relación es imprescindible que exista confianza.

Es fácil perder la confianza en alguien cuando no actúa con justicia, que abusa de nuestra falta de conocimiento o buena voluntad. Somos dignos de confianza por cumplir responsablemente nuestras obligaciones, si sabemos cumplir con las promesas que hacemos.

El ejercicio profesional de un médico debe ser la expresión de su formación integral, en la que a sus valores éticos y morales se van agregando, a lo largo de toda su vida, conocimientos, habilidades y destrezas que pone al servicio del paciente. Es la constancia entre sus valores éticos y morales y su ejercicio profesional, lo que le hace digno de tener la confianza de la sociedad y de sus pacientes. Los pacientes deben poder confiar a los médicos su salud.

Para justificar esa confianza el médico, como profesional, tiene el deber de mantener un buen nivel de conocimientos y práctica, mostrando en todo momento, el máximo respeto por la dignidad y la vida humana. Finalmente la concurrencia a la consulta de un médico es un acto libre, basado en la confianza, honorabilidad y capacidad profesional del médico.

La entrevista consulta es un acto privado, siendo la confidencialidad un valor crucial en la relación médico-paciente, y su trasgresión conlleva a un quiebre irremediable de la confianza que el paciente depositó en el médico.

Hay que tener mucho cuidado con las palabras que se usa, y también es importante escoger el momento adecuado. El paciente tiene derecho a saber el máximo sobre su enfermedad. Y eso no significa convencerlo de lo que se piensa que debe hacerse, sino darle a conocer las distintas alternativas diagnósticas o de tratamiento

La relación médico - paciente es la piedra angular de la práctica médica junto con la exploración física de un paciente. Corresponde a la capacidad que tiene el paciente para exponer detalladamente la causa que motivó la consulta y, por otra parte, el arte del médico para obtener la información necesaria para poder llegar junto con la exploración física a un diagnóstico de certeza para posteriormente iniciar un tratamiento adecuado.

A simple vista parece que esta relación se pudiera concretar con un interrogatorio interpersonal, en donde el médico sólo obtendría respuesta a las preguntas del paciente , pero se debe ir más allá , el médico debe tener la capacidad de escuchar, no sólo oír datos, de comprender lo que está tratando de explicar el paciente y no sólo realizar un diagnóstico, de esta forma puede crear una relación más de confianza con el paciente, logrando que se sienta comprometido con el médico y vuelva cuando lo necesite.

La lealtad personal, existe cuando la actitud de un cliente hacia un servicio que presta una determinada empresa o trabajador es más favorable con respecto al resto de otras empresas o trabajadores que prestan un servicio igual o similar. La determinación de la lealtad personal es crítica para los gerentes de servicio, ya que los provee de una medida acerca de cuan sensitiva es la lealtad de los clientes a su personal, a su vez, la fidelización de un cliente a un trabajador, genera factores claves en la determinación del éxito de una empresa.

Similar situación podría existir en la relación médico-paciente, que tan íntegro sea el servicio profesional entregado por el médico puede ser clave en la elección del paciente y que éste a su vez lo recomiende a sus contactos. De esta manera, la fidelización, junto al marketing, se han convertido en instrumentos para mejorar la atención médica; y el uso de estas dos herramientas por parte del médico significa una actitud de cambio de los profesionales de la salud. La fidelización en el campo de los servicios de salud es una actitud de cambio en la que se trata de individualizar al cliente, en este caso al paciente. Además es más fácil conservar pacientes porque a cualquier organización generar nuevos clientes le crea un mayor gasto.

El marketing aplicado a los servicios de salud se define como la posibilidad de satisfacer las necesidades de los pacientes considerándolos como clientes, sin embargo, este escenario de la salud no ha sido investigado previamente.

Muchos autores plantean que uno de los aspectos claves para el mantenimiento de relaciones de largo plazo es la existencia de Compromiso entre las partes, el cual se encuentra condicionado por la confianza que una parte tiene en la relación.

Cabe destacar que la literatura sobre la relación médico-paciente en el ámbito de la relación de la confianza con el compromiso ha sido escasamente estudiada.

Para analizar este escenario, se considerarán dos predictores claves de la construcción de la fidelización del paciente a un médico. La confianza y el compromiso son puestos como indicadores de la lealtad personal y su efectividad es examinada usando ambos índices de lealtad personal. Muchos estudios han señalado que las dimensiones de la confianza son la benevolencia y credibilidad; Moorman, Desphane & Zaltman (1993), Sako (1992), Li (1998), etc. La credibilidad es creer que el compañero funcionará en una forma responsable y efectiva, refleja la honestidad del compañero o seguridad que cumplirá sus promesas (Ganesa, 1994; Geykens & Steenkamp, 1995).

Finalmente los dos índices de lealtad son testeados por su habilidad para predecir las intenciones del paciente de continuar el tratamiento con su médico.

Teniendo presente todo lo anterior, se plantean los siguientes objetivos:

- Encontrar un modelo que permita explicar la relación compromiso –confianza y satisfacción de un paciente hacia un médico
- Analizar las relaciones causales que podrían existir entre confianza , compromiso y satisfacción.
- Analizar la diferencia de las relaciones causales, diferenciando por sexo y grupo socioeconómico.

Realizaremos un modelo que analice la fidelización del paciente al médico, basándonos en la hipótesis de que todos los factores anteriormente mencionados se relacionan positivamente entre sí.

Para realizar este estudio, en primer lugar, se analizará la literatura existente para así determinar los factores que influyen directamente en la confianza, compromiso y satisfacción de la relación médico-paciente; con estos datos se estructurará un modelo que explique la interacción entre estos factores y permita generar hipótesis, luego se testeará y se analizarán los resultados para así comprobar o rechazar cada una de nuestras hipótesis planteadas.

1 CAPITULO I : SISTEMA DE SALUD CHILENO

1.1 Organización del Sistema de Salud en Chile

El sector salud chileno tiene cuatro niveles estructurales; el primer nivel es el de regulación, corresponde al Ministerio de Salud. El segundo nivel el de las fuentes de financiamiento, tiene tres estamentos, el fisco, los asalariados y las empresas. El tercer nivel es el de los seguros con cuatro sectores:

1. Fuerzas Armadas, que cubre entre 3 y 4 % de la población
2. FONASA con 65% de cobertura
3. ISAPRE con 25%
4. Mutuales, que incide en varias instancias de la provisión de los servicios de salud. Las instancias aseguradoras de las Fuerzas Armadas y el FONASA pertenecen al sector público y reciben financiamiento del fisco y de los asalariados por la vía del 7%. Las ISAPRES y las mutuales pertenecen al sector privado y se financian, por una parte, también de los asalariados, mientras que las mutuales se financian por las empresas con el descuento del 0.9%.

El cuarto nivel es el de la provisión de los servicios. Por una parte está el sector público, que cuenta con los hospitales de las Fuerzas Armadas y del SNSS y los consultorios de atención ambulatoria. Por otra parte está el sector privado con sus clínicas y consultas médicas y las mutuales con las clínicas de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades profesionales (ATEP).

La problemática de la salud actual y futura está vinculada a la transición demográfica epidemiológica y socioeconómica. La irrupción de la tercera edad implica mayor carga de enfermedad, de discapacidad, complejidad y elevado costo financiero. Por otra parte, la distribución porcentual de muertes según grupo de causa se ha desplazado desde las infecciosas, que en 1960 eran 32% a sólo 3% en 1998, mientras que los tumores malignos suben de 5% a 22% y los accidentes suben de 3% a 10%.

Debido a las acciones del Ministerio de salud, entre 1980 y 1998 la mortalidad infantil ha disminuido notablemente. La evolución de los indicadores de nivel de salud muestran entre 1989 y 1999 hubo una disminución a menos de la mitad en; 1. La mortalidad infantil de 1 a 4 años; 2. La mortalidad materna; 3. La mortalidad por tuberculosis y 4. La mortalidad por neumonía en menores de un año. La expectativa de vida al nacer entre 1965 y 2000 aumentó en 15 años (de 60 años en 1965 a 75 años el 2000).

1.2 Inequidades en la atención de salud

En Chile, hay muchas desigualdades en la salud. La mortalidad infantil, por 10 mil, en la comuna de Vitacura es de 2.62, mientras que en la comuna de Independencia también perteneciente a Santiago, es 7 veces más alta; 14.59 y en Puerto Saavedra es cerca de 20 veces mayor; 42.25.

El riesgo de morir en la población según la ocupación también es desigual. El riesgo de los trabajadores manuales y conductores (450 por 100 mil) es 5 veces mayor que los profesionales, técnicos y directivos (90 por 100 mil). Existe desigualdad en la tasa de mortalidad infantil según los años de estudios aprobados de la madre. A una mayor escolaridad de la madre existe una disminución de la mortalidad, siendo más significativa la diferencia en las muertes por traumatismos y por enfermedades respiratorias.

A su vez, prevalece una importante desigualdad en la mayoría de las prestaciones de salud, excepto en las actividades de prevención entregados por el sistema público y las urgencias, en todo el resto, a mayores ingresos, mayor número de atenciones, particularmente en la atención dental (es de más alto costo), y existe una mayor disponibilidad de horas de especialidades en el sector privado (la mayoría de los médicos especialistas atienden a la minoría de la población de más altos ingresos).

En la distribución de la población por prestadores también existen desigualdades: por encima del grupo etario de 45-59 años aumenta la población FONASA y disminuye la de ISAPRE, porque éstas seleccionan la población más joven que enferma menos. Por otra parte, el sistema privado de ISAPRE concentra a la población de mayores ingresos, que representa a la minoría, mientras que el resto de mayor número y menores ingresos, están afiliados a FONASA.

En el financiamiento de la salud prevalecen desigualdades, el sistema ISAPRE recauda 60% de los ingresos del sistema vía cotizaciones obligatorias, dispone del 37.13% del total de ingresos para atender al 23% de la población. Las desigualdades en el financiamiento y disponibilidad de recursos son enormes. El gasto anual per cápita del sector público de salud durante 1999 fue de 21 dólares, en tanto el gasto del sector privado fue de 500 dólares.

La distribución de las horas médicas también es desigual. En 1999, dos tercios de las horas médicas fueron para el sistema privado que cubre sólo un tercio de la población. La población usuaria del sistema público es mayor que la beneficiaria debido a los subsidios cruzados que existen en la atención especialmente de urgencias y de hospitalización, donde beneficiarios de las ISAPRES se atienden en la red pública.

El fenómeno de riesgo moral opera con mayor fuerza en el sector privado y la selección adversa ocurre fundamentalmente en contra del sector público. El proceso de concentración del sector privado presiona los precios y posibilita el uso del poder de mercado. El Sector privado opera con altos costos de transacción: 19% versus 3% en el sector público.

1.3 PLAN AUGE

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que considera Acceso Universal para prestaciones integrales y Garantías Explícitas asociadas a la atención de prioridades (AUGE). Las garantías constituirán derechos exigibles por las personas.

El proceso de puesta en marcha del AUGE comenzó en el sector público en agosto del año 2002 cuando se explicitan garantías para tres problemas de salud y continuó durante el año 2003 con la incorporación de dos nuevos problemas de salud.

Desde su inicio en agosto de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2003 –17 meses de implementación– un total de 23.350 personas fueron beneficiadas con el Plan Piloto Auge (el que incluye cinco problemas de salud: Cardiopatías Congénitas Operables, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Cáncer Infantil, Cáncer Cervicouterino Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en Cáncer Terminal).

El mayor número de casos atendidos corresponde al problema de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos para Cáncer Terminal (8.505 casos, 36,4%); seguido por Cáncer Cervicouterino (7.562 casos, 32,4%); Insuficiencia Renal Crónica (4.065 casos, 17,4%); Cardiopatías Congénitas Operables (1.889 casos, 8,1%) y Cáncer Infantil (1.329 casos, 5,7%).

2 CAPITULO II: MARCO TEORICO

Según Morgan & Hunt (1994), el Compromiso y la Confianza son la clave porque animan a (1) trabajar en preservar relaciones de inversión cooperando con sus socios de intercambio, (2) resistirse a atractivas alternativas de corto plazo en favor de beneficios esperados de largo plazo, permaneciendo con los actuales socios y (3) ver acciones de alto riesgo potencialmente como un comienzo prudente, porque creen que la otra parte no actuará de forma oportunista.

Porque el compromiso acarrea vulnerabilidad, sólo buscaran compañeros o socios dignos de confianza. Estos autores postulan que la confianza es un importante determinante del compromiso.

La literatura ha destacado que un mayor grado de confianza mejora los niveles de compromiso con la relación. El efecto positivo de la confianza sobre el grado de compromiso parece estar relacionado con el valor que genera en el individuo la mayor confiabilidad percibida en la otra parte (Doney & Canon, 1997). Este mayor valor generado por la confianza es debido al papel que ésta desempeña en la reducción del riesgo percibido por el consumidor. Cuando una parte se encuentra en una situación vulnerable a los comportamientos de la otra, y dichos comportamientos, así como los posibles resultados, son inciertos, el compromiso con una relación únicamente se producirá cuando existan garantías de que esos riesgos están relativamente controlados, y este control es en gran parte ofrecido por la confianza. Por lo tanto, cuando el compromiso y la confianza están presentes (los dos juntos) producen resultados que promueven la eficiencia, productividad y la efectividad.

Un resultado de la construcción de confianza es la reducción del riesgo percibido en la transacción. A su vez, esta disminución en el riesgo percibido se debe al efecto de la confianza sobre distintos aspectos, como la reducción entre el número de alternativas entre las que elegir, la mejora en la resolución de conflictos, etc. De esta manera, el compromiso del cliente sólo se producirá si existe confianza en la organización y, en nuestro caso, en el médico con el cual se atenderá.

La base para el modelo propuesto en este estudio fue tomada de la “Teoría Confianza-Compromiso”, la cual tiene como precursores a Morgan & Hunt. En el paper “The Commitment -Trust Theory of Relationship Marketing” postulan que la confianza influye positivamente sobre el compromiso. Además, exponen una serie de factores que influyen sobre ambos conceptos. Teniendo esto presente ahora pasaremos a definir y analizar la relevancia que cada uno de éstos tiene sobre la relación aquí estudiada, es decir, la relación Médico-Paciente.

2.1 Confianza

Existe cuando una parte tiene seguridad en la fiabilidad e integridad de la otra parte del intercambio (Morgan & Hunt, 1994). Rotter (1967) la define como “la esperanza generalizada mantenida por un individuo de que puede confiar en la palabra de otro”.

En el artículo de Cheung & Lee (2001) se distinguen tres tipos de confianza según la mirada del que la desarrolló. Estas son la visión de los Teóricos de la Personalidad; Sociólogos y Economistas; y Social-Sicológica. Esta última es definida como sigue: Caracterizan la confianza en términos de las expectativas y la disposición que una parte tiene en confiar en que engancha en una transacción, el riesgo asociado con y actuando en tales expectativas, y los factores del contexto a los cuales sirva de realce o inhiba el desarrollo y el mantenimiento de esa confianza. Dentro de los tres conceptos, esta parece ser más relevante para entender la relación médico-paciente.

Moorman et al. (1992): la Confianza es definida como la disposición de “descansar” en una persona en la cual uno tiene seguridad. Esta definición junta los dos acercamientos generales de la confianza. Primero, la confianza ha sido vista como una creencia, sentimiento o expectación sobre un compañero digno de confianza que resulta de la habilidad, fiabilidad o intencionalidad de la otra parte.

Segundo, la confianza ha sido vista como un comportamiento que refleja la fiabilidad sobre un compañero e involucra vulnerabilidad e incertidumbre de parte del que confía en el otro (Coleman 1990; Deutsch 1962). Esta visión sugiere que sin vulnerabilidad, la confianza es innecesaria porque los resultados son sin importancia para el que confía.

Ellos argumentan que ambas visiones deben estar presentes para que exista confianza. Además, si uno cree que el compañero es digno de confianza sin estar dispuesto a descansar sobre éste, la confianza es limitada. Sin embargo, si uno está dispuesto a descansar en el compañero sin mantener una creencia sobre la confiabilidad del compañero, la fiabilidad puede ser más una función de poder y control en vez de confianza.

La confianza ha sido conceptualizada como un determinante de la calidad de las relaciones.

Zaltman & Moorman (1988) definen la confianza como un estado interpersonal o interorganizacional que refleja el alcance en que las partes pueden predecir el comportamiento de la otra parte; puede depender de algún otro cuando esto cuenta; y tener fe de que el otro continuará actuando de manera responsable a pesar de un futuro incierto.

La confianza es una característica de todas las situaciones sociales que demandan cooperación e interdependencia. La confianza se ha revelado como una variable de importancia clave para garantizar el éxito de las relaciones entre la empresa y el consumidor, y también para comprender el comportamiento del consumidor a largo plazo (Moorman et al., 1992).

La confianza adquiere una importancia clave en las situaciones en las que la información de la que dispone el individuo es parcial o incompleta. En este tipo de situaciones la confianza actúa como un recurso capaz de reducir el nivel de asimetría en la información existente.

Este proceso facilita la adopción de decisiones en situaciones de riesgo, disminuyendo así el grado de complejidad asociado al proceso de toma de decisiones.

Limerick & Cunnington (1993) argumenta que la confianza puede reducir la incertidumbre sobre el futuro y es una necesidad para la continuación de la relación con los participantes que tienen un comportamiento oportunista. La esencia del riesgo es la incertidumbre sobre el futuro.

Así, la formación de confianza reduce el riesgo percibido en las relaciones de intercambio, ya sea de productos o servicios. Sin confianza, las personas no pueden o no trabajarán juntas, excepto bajo condiciones de control riguroso.

El desarrollo de la confianza se refiere a la formación de expectativas de aquel que confía de las motivaciones y comportamientos de la persona a la cual se le otorgará la confianza.

La Literatura económica (Dasgupta 1988) sugiere que la confianza envuelve principalmente un proceso calculativo, que es cuando un individuo u organización calcula el costo o premio de la parte haciendo trampa o quedándose en la relación. Al grado de que los beneficios de hacer trampa no excedan los costos de ser atrapado, una parte infiere que sería contrario a los mejores intereses de la otra parte hacer trampa y luego la parte puede confiar.

El proceso de predicción del desarrollo de la confianza se refiere a la habilidad de una de las partes para predecir el comportamiento de la otra. Dado que la confianza requiere una estimación de la credibilidad y benevolencia de la otra parte, una parte deberá tener información acerca del comportamiento pasado y promesas de la otra parte. Esto sugiere que la confianza crece cuando dos partes comparte una variedad de experiencias, ya sea mejorando la habilidad de cada uno para predecir el comportamiento del otro.

El proceso de capacidad envuelve la determinación de las habilidades de la otra parte en conocer sus obligaciones, focalizándose principalmente en la credibilidad del componente de confianza.

Usando el proceso de intencionalidad, el médico interpreta las palabras y comportamiento del objetivo (paciente) para determinar las intenciones del otro. Las personas o grupos motivados a ayudar o premiar el perceptor serán más confiados que aquellos que sospechan o abrigan intenciones explotativas. Inferencias de intenciones benevolentes también pueden resultar cuando dos partes desarrollaron valores compartidos o normas que permiten a una parte entender los objetivos del otro compañero y así mejorar sus metas.

Finalmente, la confianza puede desarrollarse a través de un proceso de transferencia. En el estudio de Cannon y Doney (2001) se describe “el patrón de extensión” de ganar confianza usando una “definición de una tercera parte de otro como base para definir a otros como confiable”. Esto sugiere que la confianza puede ser transferida de uno que ya confía “recurso de prueba” a otra persona o grupo con el cual el que confía tiene una pequeña o experiencia no directa. Por ejemplo, aquel paciente que tuvo una muy buena experiencia con un médico y que es de su confianza, transferirá de alguna forma a sus contactos su experiencia, logrando que éstos confíen en el mismo médico sin haber tenido una relación previa con éste. Este proceso de transferencia de la confianza o recomendación a terceros, se denomina “word of mouth”. Análogamente, la desconfianza también puede ser transferida si la persona tiene falta de información o experiencia previa.

Claramente, algunos factores pueden invocar múltiples construcciones de procesos de confianza que se detallan en la Tabla N° 1. Por ejemplo, el contacto frecuente con un determinado médico puede invocar un proceso de predicción ayudando más exactamente al paciente, prediciendo el comportamiento de éste. O el médico puede interpretar este contacto frecuente como una indicación del interés genuino en el servicio que presta y así invocando en proceso de intencionalidad.

De todas formas, cada proceso representa una forma distinta en el cual una de las partes puede hacer un juicio subjetivo de la confianza.

TABLA N° 1:
Procesos de Construcción de Confianza, Conductores Genéricos y Factores que Invocan Cada Proceso

Proceso de Construcción de Confianza	Conductor Genérico del Proceso	Factores que Invocan el Proceso de Construcción de la Confianza
Calculativo: el médico calcula los costos y premios de un objetivo (paciente) actuando de una forma desconfiada	Costos son más altos cuando el paciente hace grandes inversiones específicas en la relación.	Reputación del Médico Tamaño de cartera de pacientes, clínica u Hospital Compartir Información Confidencial Importancia de la relación médico-paciente
Predicción: El médico desarrolla confianza en que el comportamiento del paciente puede ser predecido	El médico aprende más acerca del objetivo a través de repetida y cercana experiencia.	Amabilidad del profesional Similitudes con el médico Frecuente contacto con el paciente
Capacidad: El profesional alcanza su habilidad objetivo para cumplir sus promesas	Evidencia de la habilidad del médico para cumplir con sus promesas	Experiencia del médico Poder o Capacidad del médico
Intencionalidad: El médico evalúa las motivaciones del paciente.	Las palabras y comportamiento del paciente indican preocupación para el médico.	Voluntad del profesional a individualizar a su paciente Disposición a compartir información confidencial
Transferencia: El Doctor analiza el "recurso de prueba" del cual la confianza es transferida al objetivo (paciente)	Identificación de los recursos de confianza cercanamente asociados al objetivo.	Reputación del médico Tamaño de la cartera de pacientes, clínica u Hospital donde trabaja Confianza del médico Confianza del paciente

Fuente: "The Impact of Power Distance and Uncertainty Avoidance on the Consumer Trust Formation Process in E-Retailing" Lundgren, Henriette; Walczuch, Rita (2003)

En cuanto al proceso de cuantificación de la confianza debemos notar que en la literatura se puede encontrar un gran número de factores que influyen directamente sobre ésta como se detalla en la Tabla N° 2. La mayoría de los estudios han demostrado que las dimensiones de la confianza son la benevolencia y credibilidad, a continuación una breve recopilación de éstos:

TABLA N° 2: Principales Factores que Influyen en la Confianza

Autores	Medidas
Anderson, Lodish & Weitz (1987)	Benevolencia
Dwyer & Oh (1987)	Benevolencia y Honestidad
Anderson & Weitz (1989)	Benevolencia
Anderson & Narus (1990)	Benevolencia y Honestidad
Crosby, Evans & Coles (1990)	Benevolencia y Honestidad
Andaleeb (1991)	Benevolencia y Honestidad
Moorman, Zaltamna & Deshpande (1992)	Benevolencia y Credibilidad
Sako (1992)	Benevolencia y Credibilidad
Scheer & Stern (1992)	Honestidad
Moorman, Deshpande & Zaltman (1993)	Credibilidad
Ganesa (1994)	Benevolencia y Credibilidad
Morgan & Hunt (1994)	Honestidad
Andaleeb (1995)	Benevolencia y Honestidad
Dahlstrom & Nygaard (1995)	Benevolencia
Geykens & Steenkamp (1995)	Benevolencia y Honestidad
Geykens et. Al. (1996)	Benevolencia y Honestidad
Doney & Cannon (1997)	Benevolencia y Honestidad
Li (1998)	Benevolencia y Credibilidad
Siguaw, Simpson & Baker (1998)	Benevolencia y Credibilidad
Garbarino & Johnson (1999)	Credibilidad
Atuahene-Gima & Li (2002)	Benevolencia
Hewett, Money & Sharma (2002)	Benevolencia y Honestidad

Fuente: "Relationships in Franchised Distribution System: The Case of the Spanish Market" María Victoria Bordonaba-Juste & Yolanda Polo-Redondo (2004).

A continuación explicaremos en forma más detallada los factores que influyen directamente en la confianza de la relación médico- paciente:

2.1.1 Comunicación

Según Morgan & Hunt (1994) es el más importante precursor de la confianza, el cual puede ser definido como el compartir la información significativa y oportuna entre firmas (Anderson & Narus, 1990).

Morgan & Hunt postulan que la comunicación, especialmente una comunicación oportuna, fomenta confianza asistiendo a conflictos de resolución y las opiniones y las expectativas que alinean. La opinión de un socio que más allá de las comunicaciones de otro partido han sido frecuentes y de alta calidad dará lugar a mayor confianza.

Ahora, examinaremos el impacto de tres constructores exógenos:

- Efectividad de la comunicación
- Calidad Técnica
- Calidad Funcional

Los resultados apoyan el modelo y muestran la efectividad de la comunicación como un conductor clave de todas las variables, y la variable determinante más poderosa en una relación de compromiso.

La efectividad de la comunicación se refiere a lo formal como también informal forma de compartir lo significativo y oportuna información entre el paciente y el médico de una forma empática. Su propósito es educar y mantener a los pacientes informados acerca de su tratamiento en un lenguaje en el cual ellos puedan entender.

Morgan & Hunt (1994) sugieren que un flujo fácil de comunicación es una característica de una relación fuerte. Parece muy claro que la comunicación efectiva necesita manejar los siguientes temas:

- Desplegar empatía
- Configurar expectativas realistas acerca de los riesgos y beneficios
- Educar a los pacientes
- Regularmente chequear los tratamientos de los pacientes
- Explicar la variedad de tratamientos.

La efectividad de la comunicación es también considerada como un impacto en la calidad funcional y técnica.

La calidad técnica es una de las bases claves para mantener una relación a largo plazo y el primer criterio para formar una intención positiva hacia el servicio. Por lo tanto, la calidad de relacionarse y el resultado técnico del doctor ayudan a una relación más confidente (y por lo tanto a la confianza) lo que influye directamente en la competencia del médico. Las capacidades técnicas del médico y sus habilidades interpersonales son el recurso de la diferenciación del servicio que presta, satisfacción y finalmente la retención del paciente.

De acuerdo a una investigación realizada por Sharma y Patterson (1999), que examinaba el impacto relativo de cuatro variables claves en un escenario similar (consejero financiero e inversionista). Los resultados mostraban que la calidad técnica y confianza tienen el impacto más significativo en el compromiso de la relación. Esto sostiene la razón que el cliente o paciente quiere el mejor resultado posible o al menos que supere sus expectativas. Después de todo el cliente continúa con una relación solo cuando perciben que la suma de los beneficios supera a los costos incurridos.

La calidad funcional tiene relación no con lo que se entrega, sino que como es entregado el servicio. Grönroos (1997) acierta en que la calidad funcional tiene relación con la interacción entre el proveedor y aquel que recibe el servicio es determinado de una forma altamente subjetiva. Es visto como crítico para las percepciones del cliente la calidad del servicio total, especialmente desde que muchas firmas de servicios encuentra difícil diferenciarse a si mismas en su servicio central.

Además, como el servicio central tarde o temprano se vuelve un commodity, la competencia incrementa y la industria madura, son las dimensiones de la calidad funcional que se vuelve cada vez más importante como un significado de crear una ventaja competitiva sostenible. En los servicios médicos, la calidad funcional es conceptualizada como la responsabilidad, cortesía, cuidado y comportamiento profesional demostrado por el profesional durante los distintos “momentos de verdad” en el curso de la creación y entrega del servicio central. Tiene mucha relación con la cortesía y amigabilidad mostrada al paciente, haciendo esfuerzos para entender sus propias circunstancias, demostrando empatía, dando un servicio a tiempo, respondiendo a las necesidades de una forma puntual, cortés y responsable.

La comunicación es el tema clave en estrategias de cooperación, donde incluso si las personas tienen motivos adecuados perfectamente para la cooperación, ellos aún necesitan saber acerca de los motivos de los demás, para confiar en ellos y saber que pueden confiar antes de actuar cooperativamente (Gambetta, 1988). Considerando la relación médico-paciente, lo mencionado anteriormente será un factor indispensable, ya que para que los frutos de ésta relación sean exitosos, deberá ser una relación cooperativa, donde el paciente debe confiar lo suficiente en el médico para cooperar con éste para facilitar pronunciar un diagnóstico certero por parte del médico y además el paciente debe seguir correctamente las instrucciones indicadas para su enfermedad o malestar. Mientras que el doctor debe confiar en su paciente y cooperar en su mejora.

La comunicación debe ser asincrónica, además será clave que exista una habilidad para dar el mensaje y recibir feedback, esto transmite una variedad de señales no verbales, mensajes a la medida de circunstancias personales y la comunicación del uso de un variado y enriquecedor lenguaje (Fletcher y Peters 1997), que afectarán la receptividad del mensaje en el paciente. En los servicios en general se requiere el uso de una serie de herramientas para lograr una relación duradera y exitosa, en el caso de los servicios médicos, particularmente en la relación médico-paciente, se deberán utilizar estas mismas herramientas pero de una forma más cautelosa por parte de ambos.

2.1.2 Credibilidad

Consiste en creer que el médico funcionará en una forma efectiva y confiable. De todas formas la investigación no clarifica si estas dimensiones son medidas separadamente o como una medida global.

La credibilidad en los servicios de salud, representan una necesidad esencial para el correcto funcionamiento del sector y para la buena relación médico-paciente. Se trata del enfrentamiento de una conciencia frente una confianza, debilitada en muchas ocasiones por las tendencias actuales que han favorecido una atención impersonal, segmentada, basada en el uso desmedido de laboratorio y gabinete, servicios saturados y agravada con la aparición de la medicina defensiva.

El proceso mediante el cual se construye la credibilidad puede ser largo y difícil, y a la vez muy frágil de perder y casi imposible de recuperar. La conducta del consumidor, señala que un hecho negativo repercute con una mayor intensidad en la mente de los consumidores que cientos de hecho positivos relacionados a un mismo bien o servicio. Por ejemplo, en el caso de los servicios médicos, un cirujano plástico puede operar a cientos de pacientes con resultados exitosos, sin embargo si uno de los pacientes fallece durante la intervención o simplemente no queda satisfecho, esto genera un “*mouth to mouth*” que rápidamente puede dañar la credibilidad del cirujano.

2.1.3 Competencia

Podría ser definida como el conjunto de habilidades, capacidades y características que permiten a una parte tener influencia en un dominio específico y, por lo tanto, cumplir aquello a lo que se ha comprometido.

Existen algunas condiciones de la confianza que están directamente relacionados con los resultados percibidos por los consumidores, la competencia percibida de la empresa, su habilidad para tratar a los consumidores con equidad y justicia, y su habilidad para alcanzar promesas cumplidas.

Estas condiciones se combinan en una escala La Habilidad de las Dimensiones de la Confianza (Butler, 1991). Consideraremos, para analizar la relación de confianza existente entre médico-paciente, la competencia.

Podemos definir la competencia como la capacidad de poner en práctica de forma integrada, en contextos diferentes, los conocimientos, habilidades y características de la personalidad adquiridas. Incluye conocimientos teóricos, habilidades, prácticas aplicativas, actitudes (compromisos personales), etc. Dado el alto requerimiento intelectual y de habilidad requeridas en la medicina, destacaremos a la competencia como un factor clave en la relación de confianza médico-paciente. De acuerdo a lo señalado anteriormente mientras mas competente demuestre ser el médico se deberían alcanzar mayores niveles de confianza en la relación, ésta será una de las hipótesis por comprobar

2.1.4 Reputación

Definiremos la reputación del médico como el grado en el cual los pacientes creen que el profesional es honesto y preocupado de su salud y bienestar. Una reputación favorable es fácilmente transferible a través de los pacientes y realza la credibilidad del médico.

Si un paciente asume que la reputación del médico está bien merecida, la confianza será garantizada en la base del historial del profesional en las relaciones con otros pacientes.

En otras palabras el paciente infiere el merecimiento de confianza del médico a través de palabras y acciones de otras personas. Luego, el proceso de transferencia puede ser usado para predecir una relación positiva entre la reputación del médico y la confianza de nuevos pacientes.

El tamaño de la cartera de pacientes que tenga un profesional de salud, clínica u hospital donde éste trabaja, también influye en la confianza de las personas que acuden a una consulta médica. Una alta participación de mercado envía una señal positiva a pacientes que están escogiendo a un médico. A través del proceso de transferencia, el paciente puede inferir por la experiencia de otros y si existe un mayor número de pacientes que den testimonio acerca de un médico, clínica u hospital, mayor será la percepción de ésta. Análogamente, un doctor al que no se le conocen antecedentes, es decir, que no existan pacientes que puedan dar fe de sus capacidades será muy improbable que nuevos pacientes lo escojan para un determinado tratamiento.

2.1.5 Atractivo Alternativo

El atractivo alternativo es conceptualizado como la estimación del cliente de la satisfacción probable disponible en una relación sustituta o alternativa. (Ping, 1993; Rusbult, 1980), también se refiere a opiniones del cliente con respecto al grado para el cual las alternativas competentes están en el mercado (Jones, 1995). Una carencia de ofertas alternativas atractivas se sugiere como una situación favorable para defender a clientes (Ping, 1993). Sin embargo, los pacientes pueden decidir terminar la relación actual e ir donde un nuevo médico si perciben la alternativa de ser atractivo debido a la disponibilidad de un servicio mejor, a la proximidad de la localización, a la disponibilidad de una gama completa de servicios y de honorarios más bajos.

Kranton (1996) propuso que un nuevo surtidor potencial que ofrece los términos económicos superiores a los del titular permite a un comprador realizar ahorros de costo inmediatos. En un cierto plazo, estos ahorros pueden llegar a ser sustanciales.

Alternativamente, cuando la competencia es baja (cero o pocas alternativas), o los clientes sean simplemente inconsciente de los alternativas disponibles, se puede permanecer en la relación porque las ventajas percibidas de desertar son bajas. Las firmas pueden utilizar a veces las herramientas de la comercialización para atraer a los clientes de los competidores.

En resumen, la presencia de algunas alternativas que pueden ser por lo menos tan buenas como el médico actual, puede desempeñar un papel importante en la decisión de un paciente para permanecer con ese médico o cambiarse.

2.2 Compromiso

Un socio cree que en una relación en curso con otro socio es tan importante como para justificar máximos esfuerzos a mantenerla, esto es, el socio confiado cree que la relación vale trabajar en asegurar que dure indefinidamente (Morgan & Hunt, 1994).

Moorman et al. (1992), definen el compromiso como un deseo perdurable de mantener una relación valiosa. Consistente con la descripción de Dwyer, Schurr & Oh (1987) de una continuidad racional entre ambas partes y con la definición de Leik & Leik (1977) de la indisposición o mala gana de considerar socios con excepción de éstos dentro de la relación actual. Sin embargo, su definición también sugiere que el compromiso es perdurable, y esto refleja una evaluación positiva de la relación. Además, las personas improbablemente están comprometidas con algo que no valoran. Porque la confianza aumenta el alcance que ambas partes emplean en intercambios riesgosos, se espera que la confianza aumente la probabilidad de que los pacientes estarán comprometidos en la relación con sus médicos.

Desde el marketing de relaciones en particular, la creación, mantenimiento y desarrollo de relaciones duraderas depende en gran medida del grado de compromiso existente entre las partes implicadas en una relación (Morgan & Hunt, 1994).

Se trata del deseo duradero del consumidor por continuar una relación, acompañado por la intención o deseo de hacer sacrificios a corto plazo para mantenerla. Así, el compromiso exigirá no sólo que una parte tenga el deseo de que la relación se mantenga en el futuro, sino que también se precisa de voluntad para realizar esfuerzos adicionales que garanticen tal continuidad.

Investigadores de marketing han definido el compromiso como un deseo de desarrollar una relación estable, una voluntad a hacer sacrificios de corto plazo para mantener la relación y una seguridad en la estabilidad de la relación.

Las diferentes definiciones del compromiso tienen en común varias variables, relacionadas con un componente de la actitud, del comportamiento, un carácter bilateral y una orientación a largo plazo.

Desde la perspectiva del marketing, se han identificado dos dimensiones del compromiso: un compromiso de actitud y un componente del comportamiento. En este contexto, la mayoría de los estudios han identificado el componente de actitud del compromiso como una creencia, deseo, promesa o una actitud positiva para continuar la relación. Otros autores han definido el componente del comportamiento como los esfuerzos llevados en la relación o el grado en el cual los miembros apoyan a los compañeros en momentos difíciles. El compromiso también es caracterizado por una faceta temporal, por los cuales tres componentes del compromiso han sido identificados: los inputs del compromiso –inversiones específicas o acciones que muestran el interés para mantenerse en la relación, una actitud positiva de los compañeros para mantener la relación en el largo plazo, y un compromiso a largo plazo – los componentes arriba tienen que ser consistentes en el tiempo.

Al realizar un análisis de la literatura en lo que se refiere al compromiso, encontramos que diversos autores plantean la existencia de rasgos diferenciales del compromiso. En particular, Meyer & Allen (1991) sostienen que hay tres tipos de compromiso organizacional. El Compromiso Afectivo es un cariño emocional individual, identificación con, e involucramiento con una organización o persona en particular.

El Compromiso Calculado refleja la conciencia de un empleado del costo asociado de dejar la organización. Finalmente, el Compromiso Normativo refleja un sentido o sensación individual de obligación para quedarse en la organización.

Para el estudio sólo nos quedaremos con los dos primeros componentes, los cuales nos van a permitir cuantificar el compromiso generado en la relación médico-paciente.

2.2.1 Compromiso Afectivo

Surge como consecuencia de los lazos emocionales y la cercanía existente entre las partes. El surgimiento de este compromiso afectivo tiene como consecuencia que las partes involucradas en la relación se interesen en seguir manteniéndola en el largo plazo. También tiene asociados otros efectos claramente positivos, ya que estos lazos afectivos van a permitir reducir los elevados costos que sería necesario asumir para el desarrollo de sistemas de control en contextos en los que la relación estuviera sustentada únicamente en aspectos materiales. Conecta la afección personal con el deseo de extender la relación en el largo plazo y se define como sentimientos de unidad entre los miembros (Morgan & Hunt, 1994). Empleados con fuerte compromiso afectivo trabajan en una organización porque “ellos quieren hacerlo”, lo mismo para el caso de los pacientes.

2.2.2 Compromiso Calculado

Refleja los elevados costos de cambio que debería soportar una de las partes si decidiera terminar su relación con la otra, así como la ausencia de otras alternativas viables. Es el resultado de la evaluación de los costos y beneficios de mantener o romper la relación actual. De esta forma, presupone que la continuidad de la relación dependerá de que los beneficios superen a los costos en los que se incurre para mantenerla.

Se refiere al hecho de que ambas partes mantienen la relación porque ellos perciben altos costos de cambios debido a la inversión específica o falta de alternativas. Individuos con alto grado de este tipo de compromiso creen que los beneficios de permanecer en la empresa sobrepasan las consecuencias de dejarla y se quedan en la organización porque “ellos lo necesitan”.

2.3 Satisfacción

La satisfacción es la evaluación de un servicio post-compra que sigue una experiencia de consumo.

Bejou, Ennew & Palmer (1998) postulan que desarrollar y mantener relaciones satisfactorias con los consumidores puede ayudar a reducir el riesgo percibido, disminuir los costos de transacción, aumentar la lealtad y retener al cliente y así impactar en el desempeño de la organización.

La satisfacción de los pacientes se utiliza también como medida del resultado de los cuidados y se ha asociado con consecuencias relacionadas con la salud tan importante como son la adherencia al tratamiento y las recomendaciones del médico.

La satisfacción del consumidor con una relación es importante, pero la satisfacción no lleva automáticamente a la recompra (Reichheld & Aspinall, 1993). Los consumidores que son retenidos pueden no siempre estar satisfechos y consumidores satisfechos pueden no siempre ser retenidos (Dick & Basu, 1994). A diferencia de los bienes de consumo que están fuera del control de los expertos de marketing una vez que el bien fue comprado, los clientes “consumen” un servicio médico (o están sometidos bajo un tratamiento) en un período largo y así dando oportunidad al profesional de rectificar el servicio durante el proceso en el que el paciente “consume” el servicio. Por lo tanto, la satisfacción del cliente debe ser regularmente monitoreada para así tomar acciones correctivas donde estas sean necesarias.

Relaciones satisfactorias es un constructo multidimensional que ha sido conceptualizado como un prerrequisito para relaciones de calidad.

La satisfacción en este estudio se refiere a la satisfacción total experimentada por un paciente durante el proceso de recibir el servicio de un médico. Cronin y Taylor (1992) y Patterson (1997) encontraron que la satisfacción tiene un impacto significativo en una gama de servicios. Crosby (1990) también sugiere que las oportunidades de servicio futuros dependen directamente de la confianza y de la satisfacción en estos servicios, mientras que Day (1988) concluye que la satisfacción de las personas es indiscutiblemente el determinante dominante en la retención de clientes actuales en servicios profesionales.

La satisfacción total (o la satisfacción acumulativa) es una evaluación total basada en la experiencia total de la compra y del consumo de un cierto bien o servicio (Anderson, Fornell y Lehman 1994) La satisfacción total es una construcción acumulativa, sumando la satisfacción con los productos específicos y los servicios de la organización y de la satisfacción con las distintas facetas de la firma, tales como las instalaciones físicas (Czepiel, Rosenberg, y Akerele 1974).

2.3.1 Principales Factores que Influyen en la Satisfacción del Paciente

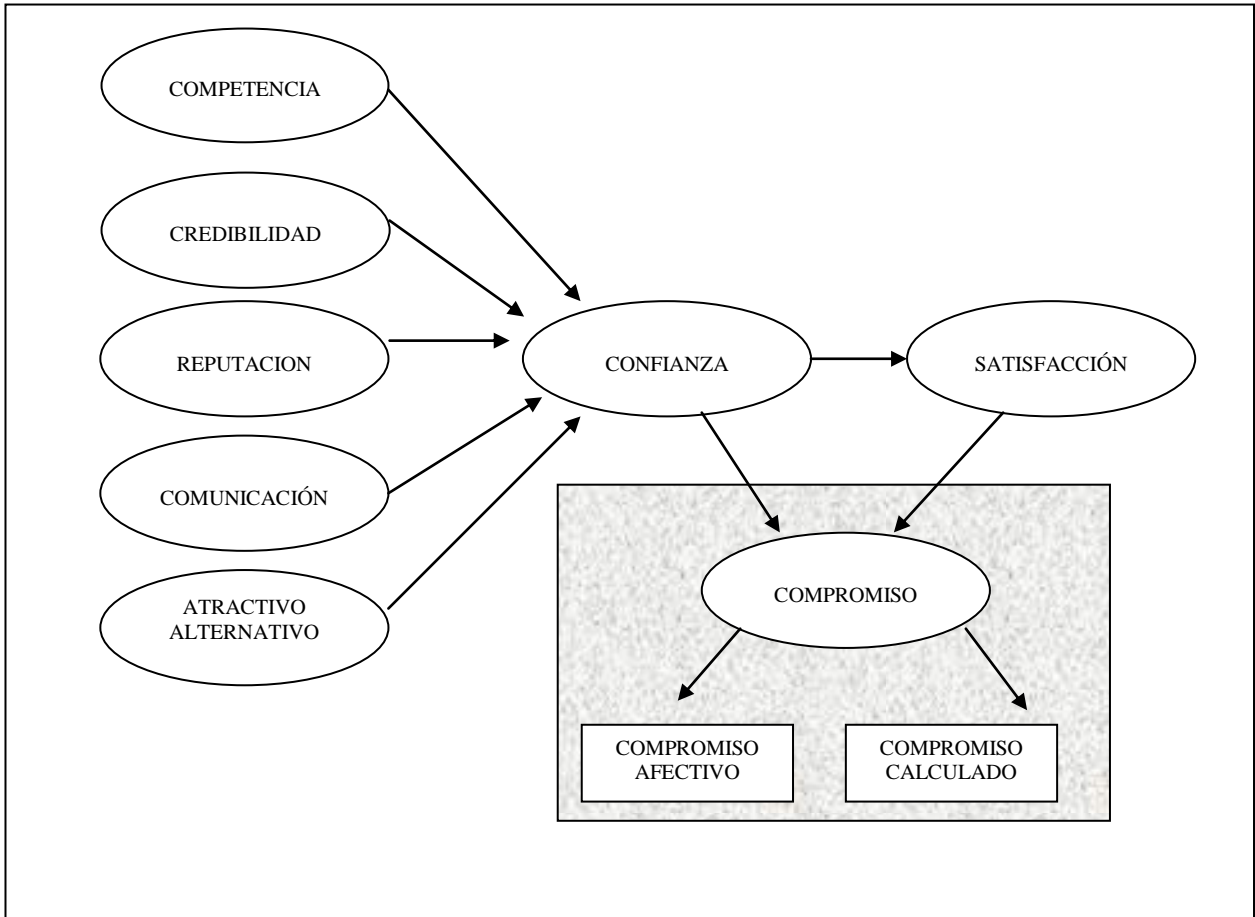
- Tiempo de consulta: Se refiere al tiempo que el médico dedica al paciente.
- Accesibilidad: Se traduce en la posibilidad de obtener una cita para ver al médico y en el tiempo de espera para entrar a la consulta, así como la posibilidad de hacerle consultas telefónicas sobre la enfermedad o el tratamiento.
- Satisfacción en el trabajo: Un médico que trabaja en una organización que cubre sus necesidades estará satisfecho con su trabajo y creará un mejor clima en la relación con los pacientes, prestándoles una atención de mayor calidad.

3. CAPITULO III: HIPÓTESIS

En este estudio hemos desarrollado un modelo que explica los constructores claves que influyen en el desarrollo de la confianza en la relación médico-paciente, éstos fueron acotados a la comunicación, credibilidad, competencia, reputación y atractivo alternativo. A su vez se analiza el efecto de la confianza en la satisfacción y el compromiso, dentro de éste existen dos subcomponentes para comprender más ampliamente el rol mediático ejercido por el compromiso y la confianza entre algunos antecedentes (intercambio de información y cooperación) y algunos resultados (orientación de largo plazo, satisfacción y funcionamiento). La evaluación de la hipótesis es llevada por una estimación separada del médico y paciente.

La confianza es el constructor clave en la mayoría de los modelos de negocios como también las relaciones personales, y ha sido ampliamente estudiado en el intercambio social como también la literatura de marketing (Morgan y Hunt 1994). La confianza es decisiva para la continuidad de una relación. Como vemos en la Figura N°1 la confianza ha sido posicionada como una variable mediática, es decir, mediando entre la comunicación, credibilidad, competencia, reputación, atractivo alternativo y la opción de cambiar de médico, satisfacción y compromiso en la relación médico-paciente.

FIGURA Nº 1: MODELO CONCEPTUAL



3.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CONFIANZA

3.1.1 Características del médico

Por medio del factor competencia, podemos inferir que el médico construye confianza en el paciente incrementando el hecho de que el paciente esté seguro de que el médico cumplirá con sus expectativas. Estudios como Busch & Wilson (1976) han demostrado que los profesionales que prestan un servicio con altos niveles de competencia percibida, los pacientes tienden a considerarlos dignos de confianza y por lo tanto la competencia es un predictor clave de la confianza del cliente.

A partir de todo lo anteriormente señalado formularemos la siguiente hipótesis de trabajo:

H₁: Mientras más competente sea el médico mayor confianza tendrá el paciente en él.

La credibilidad en la relación médico-paciente tiene una bidimensionalidad, es decir, tanto el médico deberá parecer creíble para el paciente y viceversa, por lo tanto nos referiremos a la credibilidad como el grado en el que cada una de las partes de la relación asegura que lo que dice el otro es cierto. Esta credibilidad se puede obtener de dos formas, la primera es mediante una experiencia positiva anterior, es decir que efectivamente el médico haya cumplido sus promesas con el paciente, y que éste cumplió con el tratamiento e informar debidamente al médico, como se comprometió en un inicio. La segunda se explica mediante el proceso de transferencia, aquellos pacientes que ya tuvieron alguna experiencia satisfactoria anteriormente, pueden enviar señales a sus contactos de que el médico es creíble o no. Por lo tanto, evaluaremos la siguiente hipótesis:

H₂: Mientras mayor credibilidad exista en la relación, mayor será el nivel de confianza alcanzado

Basados en la teoría de intercambio social en el proceso de construcción de relaciones (Morgan & Hunt 1994), este estudio estipula que existen algunos constructores que tienen influencia en la determinación del nivel de confianza en la relación con el cliente, entre éstos:

- La Reputación (PR): si aquel que presta un servicio posee una alta y creíble reputación en el mercado, el cliente sentirá que esta persona es digna de confianza.

- Conflictos Personales Percibidos (PPC), si una parte percibe que está teniendo conflicto en la relación ya sea por motivos sociales o propiamente del servicio, es posible que el proceso de construcción de confianza se vea alterado negativamente.

H₃: El paciente dará más confianza a aquellos médicos con mejores reputaciones

3.1.2 El Rol de la Comunicación en la Confianza

Una comunicación clara y consistente es la base para cualquier relación, y de especial importancia en la relación médico-paciente. El doctor debe adaptar su lenguaje técnico para que el paciente comprenda fácilmente su estado de salud y el tratamiento a seguir. Un profesional que no cumple con estos objetivos, y además se dirige de forma fría y distante al paciente, es muy improbable que genere un nivel de confianza del paciente.

Algunos estudios sugieren que la voluntad inicial a mostrar acciones de confianza, conduce rápidamente a la actual confianza. La frecuente y efectiva comunicación entre el médico y paciente ayudan a promover la confianza (Feng, Lazar y Preece, 2004). Dado esto, planteamos la siguiente hipótesis:

H₄: En la medida que exista una mayor comunicación entre médico y paciente mayor será la confianza que tendrá el paciente con el médico

3.1.3 Efecto de los Atractivos Alternativos en la Confianza

La existencia de un médico más cercano geográficamente, que sus costos sean menores o que un gran número de personas lo recomiendan, son atractivos alternativos que se presentan y que influyen al paciente en las decisiones de escoger a un profesional que los atienda.

Probablemente ante la existencia de un mayor número de atractivos alternativos, mayores dudas tendrá el paciente de continuar con su médico actual.

La relación médico-paciente es una importante parte de repartir cuidado de calidad y está construido en las bases de la confianza. Una falta de confianza de los pacientes puede conducir a conflictos entre el paciente y el médico acerca de la causa del problema médico del paciente o métodos apropiados de tratamiento. Tal conflicto puede, conducir a una falta de adherencia del paciente a sus medicamentos y frustración de los médicos en su habilidad de comunicarse efectivamente con pacientes. Promocionar mecanismo para aumentar la confianza entre pacientes y médicos es una estrategia que debe ser implementada en todos los sistemas de salud. Una mayor confianza, se asocia a una continuidad en la relación médico-paciente, y que por lo tanto incide en la poca escasa o nula rotación de médico que tendrá el paciente.

H₅: Ante la existencia de alternativas de mayor atractivo, menor será la confianza del paciente hacia el médico

3.2 Consecuencias de la Confianza: Satisfacción y Compromiso

Varios modelos y teorías han sido desarrollados para definir y explicar el fenómeno de la satisfacción, de los cuales el paradigma C/D (Confirmación/NO confirmación) y funcionamiento o calidad percibida parecen dominar los acercamientos. El Paradigma C/D desarrolla una comparación de la evaluación de un producto post-compra y post-uso con las expectativas sostenidas anteriormente a la compra. Esto implica una transacción específica en vez de una vista acumulativa la satisfacción del cliente, desde que la satisfacción del cliente ocurre (o no) inmediatamente después de la compra o usando un producto o servicio. La transacción específica acerca a una satisfacción del consumidor que provee “una invaluable profundización en los encuentros con el servicio”.

Según Morgan y Hunt (1994), la satisfacción percibida (SAT) afecta los niveles de confianza alcanzados, se asume que éstos serán realizados si existe un entendimiento donde el compañero produce resultados mutuamente satisfactorios que además puede compartir. Consumidores satisfechos tienden a reducir un comportamiento indeseado, ellos emplean esfuerzos menores en buscar variedad y menos molestias internas por la insatisfacción de los servicios (Sharma, 1999).

La confianza a su vez, es usualmente entendida, como una actitud orientada a futuro, es decir, como un estado de la mente que va más allá de una experiencia pasada, pero no se puede negar que una experiencia positiva con un médico da soporte para el desarrollo de confianza hacia esa persona. Si el paciente experimenta que el profesional puede y está dispuesto a cumplir con sus necesidades y demandas y ser una persona predecible y confiable, entonces ellos estarán satisfechos, y estarán dispuestos a confiar en este médico. A partir de lo anterior, generamos la siguiente hipótesis:

H₆: Mientras mayor sea el grado de confianza mayor será el grado de satisfacción

Muchos investigadores han probado que la confianza es una pieza determinante del compromiso (Bordonaba y Redondo 2004) mientras que Hrebiniak 1974 sostiene que si una relación se caracteriza por altos valores de confianza las partes desearán comprometerse por ellos mismos a tal relación. La confianza juega un rol crítico en los servicios médicos dadas las propiedades inherentes y la naturaleza compleja del servicio que hace que sea complicado para muchos pacientes determinar sus propias opciones, y más adelante la problemática de si efectivamente el médico se preocupa de la pronta recuperación y no en maximizar sus propios beneficios dando opciones más caras de tratamiento por su asociación con algún tipo de laboratorio, etc. Los clientes en esta posición vulnerable tiene una única alternativa de descansar lo que aconseje su médico.

La confianza incrementa el compromiso porque disminuye el riesgo percibido y vulnerabilidad desde un comportamiento oportunista de la otra parte, entonces los compañeros no alcanzarán un compromiso a menos que ellos confíen en la otra parte. Si la confianza entra en duda, la relación también lo hará. Además, cuando ambas partes de la relación confían en el otro, la relación adquiere tal valor para ellos que quieren establecer un compromiso (Garbarino & Johnson, 1999). Dyer (1996), por ejemplo, argumenta que la confianza es un prerrequisito para el compromiso exitoso de los clientes a las respectivas organizaciones o personas que prestan un determinado servicio. La Teoría social de intercambio explica esta relación causal entre confianza y compromiso a través del principio generalizado de reciprocidad, que sostiene que “la desconfianza genera desconfianza y por lo tanto provoca una disminución del compromiso y cambian la relación a una de intercambio a corto plazo” (Chen y Yeh, 2001).

La confianza se hipotetiza como un fuerte determinante del compromiso en la relación médico-paciente:

H₇: Mientras mayor confianza tenga el paciente con el médico, mayor será el compromiso que este adquiera con el profesional.

3.2.1 Relación Compromiso-Satisfacción

Si un paciente no se encuentra satisfecho con su médico, es muy probable que esté no se comprometa con él, inicie una búsqueda por otro profesional que cumpla con ciertos niveles de satisfacción y finalmente se cambie de doctor. Altos niveles de satisfacción podrían estar asociados a un alto grado de compromiso. Por lo tanto se plantea la siguiente hipótesis:

H₈: Si en la relación paciente-médico existe un alto grado de satisfacción, más compromiso existirá en la relación.

4. CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 Diseño de la Investigación

El tipo de muestra utilizada en esta investigación es no probabilística, específicamente, muestreo por conveniencia, porque los elementos seleccionados son de más fácil acceso. Al ser una muestra no probabilística no podemos determinar el porcentaje de error, porque no todos los elementos de la población tienen probabilidad diferente de cero de ser seleccionados. En consecuencia, los resultados de la investigación tienen un carácter exploratorio y no concluyente.

El tamaño de muestra requerido fue de 155, por lo tanto para cumplir con aquello, fue necesario sobremuestrear por posibles errores de no respuesta, con lo que el tamaño de muestra tomada fueron 187 personas.

La encuesta está dividida principalmente en dos grandes secciones. La primera consiste en las escalas mencionadas más adelante para medir los factores principales y aquellos que los influyen y componen, además de incluir la especialidad del médico. La segunda sección contiene preguntas sobre datos sociodemográficos.

4.1.1 Investigación Preliminar

Una vez diseñado el borrador de la encuesta, este fue sometido a juicio crítico de un experto en investigación de mercado, en este caso el profesor Eduardo Torres, el cual, junto a nosotras, delimitó qué ítems debían permanecer o desaparecer de esta investigación.

Luego de realizar lo anterior, se llevó a cabo un pre-test con una pequeña muestra, compuesta por 15 personas, para analizar los posibles problemas de comprensión.

Las preguntas finalmente utilizadas en la investigación para cuantificar todos los factores bajo estudio fueron medidas a través de escalas Likert de 7 puntos, donde (Ver Anexo N°1):

- (1) Totalmente en Desacuerdo.
- (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- (7) Totalmente de Acuerdo.

4.2 Recolección de Datos

El tipo de encuesta realizada fue cara a cara y vía correo electrónico, de la cual obtuvimos un 100% de tasa de respuesta, es decir, 66 personas, ya que la muestra que tomamos fue por conveniencia. Además, hay que destacar que de estas 66 encuestas sólo 45 fueron incluidas en los datos de esta investigación, ya que las restantes no estaban contestadas en el cien por ciento. Pocas personas declinaron participar de la encuesta y los que logramos entrevistar fueron generosos con su tiempo. En el caso de las entrevistas cara a cara contactamos a 121 personas, de las cuales sólo 110 nos respondieron, lo que da una tasa de respuesta de 91%. La entrevista generalmente duraba entre 10 y 15 minutos.

Para contactar a las personas encuestadas visitamos 2 clínicas de Santiago: La Clínica Dávila (ubicada en Recoleta) y la Clínica Alemana. Estas clínicas fueron seleccionadas por el tipo de personas que asiste a ellas, ya que en la primera el mayor porcentaje de personas pertenece a los grupos socioeconómicos C2 y C3, y a la segunda ABC1.

4.2.1 Características de la Muestra

El tamaño de la muestra seleccionada fue de 155 personas, de los cuales el 50% eran mujeres y el otro 50% hombres, es decir, 77 mujeres y 78 hombres, lo que nos permitirá analizar si existe o no diferencia entre géneros.

En cuanto a otras variables de selección tomamos en cuenta sólo a personas de los grupos socioeconómicos ABC1, C2 y C3, que son los que tienen más capacidad de pago. Los grupos D y E no fueron considerados, ya que al poseer pocos recursos, generalmente se atienden en postas o consultorios municipales, lo que de alguna manera les impide elegir con qué médico se quieren atender. Del total de la muestra un 32,3% pertenece al GSE ABC1, 45,8% al grupo C2 y 21,9% al C3. En lo que se refiere a la edad tenemos que entre 18 y 22 años está el 21,9% de la muestra; entre 23 y 28 años el 29%; entre 29 y 38 años un 24,5% y entre 39 y 73 años un 24,5%. (Ver Anexo N° 2)

4.3 Medidas

Para poder desarrollar la encuesta que nos permitiera cuantificar los factores que aquí vamos a estudiar, es decir, confianza; compromiso y satisfacción, con sus respectivos factores, se tomaron como punto de referencia escalas desarrolladas en la literatura analizada a lo largo de este estudio.

Para poder medir la Confianza se consideró los trabajos de Cheung & Lee 2001, Moorman et al. 1992; para el caso del Compromiso las de Morgan & Hunt 1994, Flavián & Guinalú 2004 y, finalmente, para la satisfacción en la relación médico-paciente se utilizó Bordonaba & Polo–Redondo 2004. (Ver Anexo N° 3).

En el caso de los factores que influyen en el grado de confianza se utilizaron las siguientes escalas:

- Comunicación: Morgan & Hunt 1994
- Credibilidad: Garbarino & Jonson 1999
- Competencia: Cheung & Lee 2001
- Reputación: Nguyen & LeBlanc 2001
- Atractivo Alternativo: Sharma & Patterson 2000

Cabe destacar que dichas escalas utilizadas fueron adaptadas para los propósitos específicos del análisis. Además, se intentó incluir los indicadores que mejor podrían reflejar las distintas particularidades de los factores en análisis que podría tener el médico con el paciente.

Antes de tabular las respuestas realizamos una etapa de Edición, en la que se revisaron los cuestionarios para eliminar los que estuvieran incompletos, para así mejorar la calidad de la información y eliminar sesgo de no respuesta. Además, fuimos cuidadosas en la tabulación de los datos para tratar de reducir lo más posible el error no muestral.

5. CAPITULO V: ANÁLISIS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD

Luego de adaptar las escalas para todas las dimensiones que conforman el modelo propuesto al contexto específico de esta investigación y obtener la información a través de la realización de encuestas, realizamos una depuración de las distintas escalas propuestas.

Para llevar a cabo lo mencionado antes realizamos un análisis de Validez y de Fiabilidad de las escalas.

5.1 Análisis de Validez

La validez de una escala supone que el instrumento de medida utilizado permite cuantificar aquello que se pretende medir y no un concepto teórico diferente. Alude al grado en que un instrumento realmente mide o registra la variable que pretende cuantificar o verificar. En otras palabras, el investigador debe preguntarse si el instrumento diseñado y las preguntas formuladas dan garantía de recoger la información que se declara o que se quiere recoger

La validez de una encuesta se refiere a lo que mide y a cómo lo mide. Así, no podemos hablar de la validez de un cuestionario en términos generales, diciendo que su validez es alta o baja en abstracto, sino que ésta se determinará respecto al objetivo específico para el que fue diseñado.

La Validez de Contenido de las escalas está determinada por la profundidad y adecuación de una revisión bibliográfica previa. Así, parece razonable pensar que la validez de contenido está garantizada dada la amplia revisión y análisis de la literatura. Además, las escalas también habían sido sometidas al juicio de expertos en el tema, es decir, Médicos de distintas especialidades y el análisis de un Psicólogo.

En este punto la conversación con los clientes, en este caso los pacientes, también ayuda a garantizar la validez de contenido.

5.2 Análisis de Fiabilidad

El estudio de la fiabilidad de las escalas utilizadas en la encuesta es un paso necesario en este trabajo. La fiabilidad de una escala se utiliza para comprobar su consistencia interna, es decir, que cada variable o ítem es evaluado con el resto para determinar si los resultados obtenidos son estables y responden realmente a lo que queremos medir.

La fiabilidad de un cuestionario determina la consistencia de los resultados obtenidos por los mismos individuos cuando son entrevistados en diferentes ocasiones. Al ser, por tanto, la fiabilidad una medida del grado de consistencia o concordancia puede expresarse siempre mediante algún coeficiente de correlación. Hay que tener presente que los coeficientes de fiabilidad dependen tanto del cuestionario como de la variabilidad de la muestra.

Para analizar la fiabilidad de las distintas escalas se utilizó el estadístico “**Alpha de Cronbach**”, cuyos resultados se detallan en la Tabla Nº 3:

TABLA Nº 3: Alpha de Cronbach.

Factor	Valor
Comunicación α	0,6122
Credibilidad α	0,5164
Reputación α	0,6515
Competencia α	0,6934
Atractivo Alternativo α	0,5832
Confianza α	0,8147
Compromiso Afectivo α	0,8470
Compromiso Calculado α	0,7961
Satisfacción α	0,9075

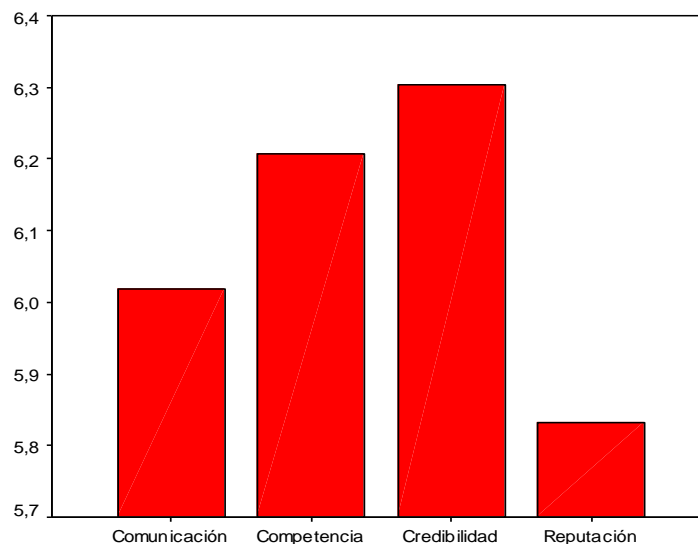
Podemos ver que los resultados de este análisis presentaron niveles satisfactorios para las escalas propuestas para el Compromiso (Afectivo 0,84 y Calculado 0,79); la Satisfacción (0,9) y la Confianza (0,81).

Para el caso de los factores que influyen en la Confianza, las dimensiones Comunicación; Reputación y Competencia, presentaron niveles satisfactorios de fiabilidad, no así en el caso de la Credibilidad (0,51) y el Atractivo Alternativo (0,58), ya que para poder hacer un análisis de tipo exploratorio el valor del Alpha de Cronbach debe estar por sobre 0,6, por lo que se consideraron necesarias una revisión y reestructuración de los factores; sin embargo, los resultados que arrojó fueron muy interesantes y respondieron a los objetivos planteados en este trabajo.

5.3 Importancia de los Factores

Como uno de los objetivos de nuestra investigación es determinar que factores afectan a la hora de elegir un buen médico preguntamos cuál es el grado de importancia que las personas encuestadas le dan a cada uno de éstos, con lo que obtuvimos los siguientes resultados que se muestran en el Gráfico N° 1:

GRAFICO N° 1: Medias de factores.



Como podemos ver, el factor que tiene mayor importancia para las personas a la hora de seleccionar un médico es la Credibilidad, con una media de 6,3, seguida por la Competencia. Cabe destacar que la diferencia entre ambos factores es marginal.

6. CAPITULO VI: ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se validarán las Hipótesis presentadas anteriormente; el nivel mínimo de no rechazo de las mismas será con un nivel de significancia del 5%.

El programa utilizado para llevar a cabo el análisis es el SPSS 11.5, con el que podemos comprobar la existencia de relaciones causales planteadas en el modelo de investigación.

6.1 Prueba de Hipótesis

La Figura N°2 señala los factores que influyen en la confianza, a partir de éstos se generaron algunas hipótesis, las cuales se analizaron mediante regresiones y los resultados se muestran a continuación en las Tablas N ° 4, 5 y 6.

FIGURA N° 2: Análisis para la Confianza.

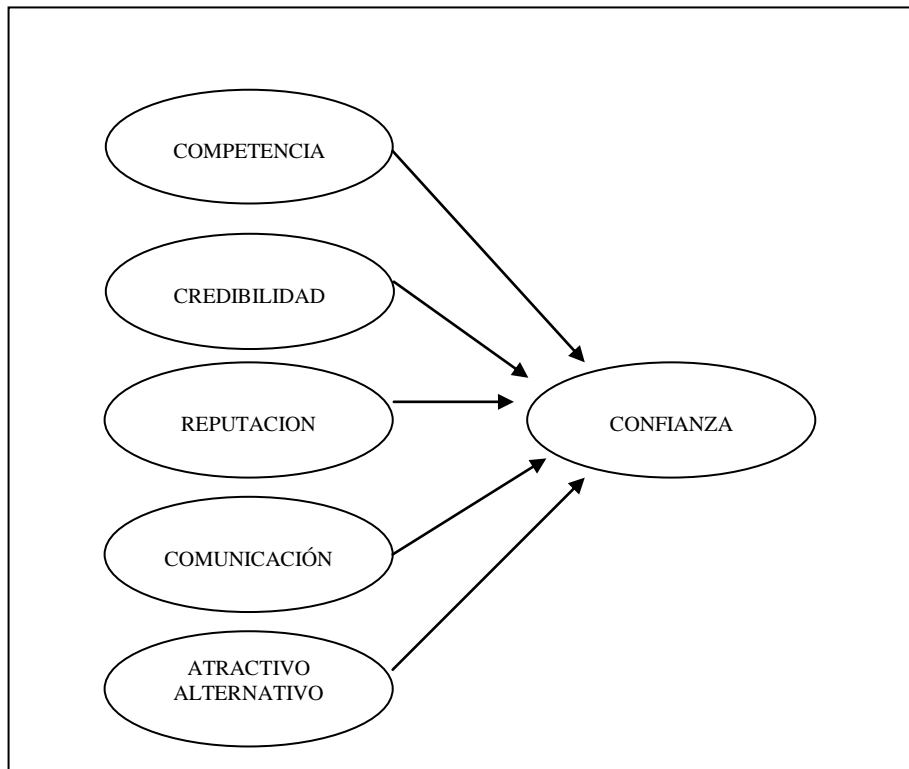


TABLA N° 4: Regresión para la Confianza.

Modelo	Beta	P-value
Constante	2,595	0,000
Competencia	8,744E-02	0,281
Credibilidad	2,262E-02	0,976
Reputación	0,144	0,059
Comunicación	0,356	0,641
Atractivo Alternativo	-8,84E-03	0,826

Variable dependiente: Promedio Confianza

H₁: Mientras más competente sea el médico, mayor confianza tendrá el paciente en él. En este caso el p-value es $0.281 > 0.05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis planteada.

H₂: Mientras mayor credibilidad exista en la relación, mayor será el nivel de confianza alcanzado. En este caso el p-value es $0.976 > 0.05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis de trabajo.

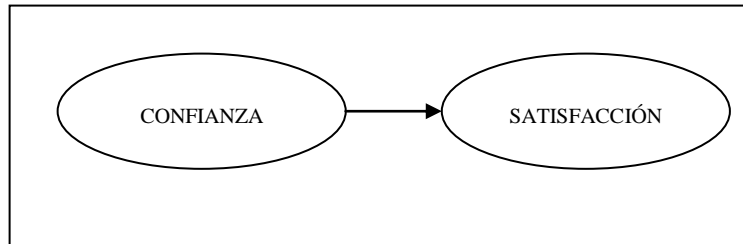
H₃: El paciente dará más confianza a aquellos médicos con mejor reputación. En este caso el p-value es 0.059 , por lo que podemos concluir que la hipótesis se respalda parcialmente al 10% de nivel de significancia.

H₄: En la medida que exista una mayor comunicación entre médico y paciente, mayor será la confianza que tendrá el paciente con el médico. En este caso el p-value es $0.641 > 0.05$, por lo tanto, no es significativa al 95% de confianza.

H₅: Ante la existencia de alternativas de mayor atractivo, menor será la confianza del paciente hacia el médico. En este caso el p-value es $0.826 > 0.05$, con lo que se rechaza la hipótesis planteada.

La Figura N ° 3 señala la supuesta relación existente entre la confianza y la satisfacción, donde los niveles de confianza logrados en la relación médico paciente deberían afectar el grado de satisfacción alcanzado.

FIGURA N° 3: Análisis para la Satisfacción.



H₆: Mientras mayor sea el grado de confianza existente en la relación, mayores niveles de satisfacción se lograrán. En este caso el p-value es $0,00 < 0,05$, con lo que se no se rechaza la hipótesis, es decir, es significativa. Además, el valor de Beta indica que si la confianza aumenta en 1, la satisfacción lo hará en 0,683. Este resultado se refleja en la Tabla N ° 5.

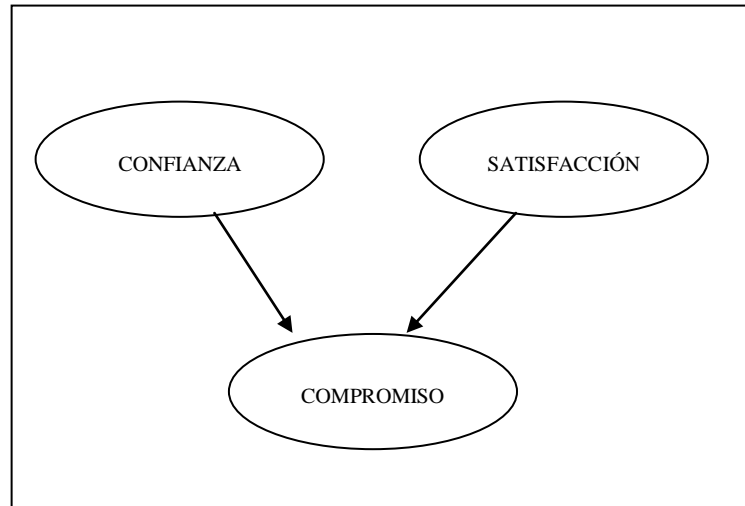
TABLA N ° 5: Regresión para la Satisfacción.

Modelo	Beta	P-value
Constante	1,659	0,007
Confianza	0,683	0,000

Variable dependiente: Promedio Satisfacción

En la Figura 4, se muestra la relación planteada inicialmente, en la cual la confianza y satisfacción influyen en el grado de compromiso que adquiere el paciente con el médico.

FIGURA N° 4: Análisis para el Compromiso.



H₇: Mientras mayor confianza tenga el paciente con el médico, mayor será el compromiso que este adquiera con el profesional. En este caso el p-value es $0,00 < 0,05$, lo que implica que no se rechaza la hipótesis. Dado que $\beta = 0,492$, ambas se mueven en la misma dirección. Esto se puede ver en la Tabla N° 6.

TABLA N° 6: Regresión para el Compromiso.

Modelo	Beta	P-value
Constante	-1,184	0,037
Confianza	0,492	0,000
Satisfacción	0,627	0,000

Variable dependiente: Promedio Compromiso

H₈: Si en la relación paciente-médico existe un alto grado de satisfacción, más compromiso existirá en la relación. El p-value es $0,00 < 0,05$, con lo que existe una relación significativa entre las variables, es decir, se cumple la hipótesis planteada en el trabajo.

6.1.1 Prueba de Hipótesis por Sexo

En relación a las variables que influyen en la confianza el resumen de los resultados se muestra en la Tabla N ° 7:

TABLA N ° 7: Regresión para la Confianza por Sexo

Modelo	Hombres		Mujeres	
	Beta	P-value	Beta	P-value
Constante	2.062	0.003	3.637	0.000
Competencia	0.025	0.853	0.161	0.082
Credibilidad	-0.096	0.935	1.288	0.194
Reputación	0.118	0.261	0.070	0.293
Comunicación	0.654	0.577	-1.169	0.245
Atractivo Alternativo	-0.055	0.351	0.042	0.443

Variable dependiente: Promedio Confianza.
Detalle en Anexo N° 4

En el caso de los hombres podemos comprobar que no existe relación entre los factores y la confianza, debido a que el p-value para cada uno de los factores es mayor a 0,05, de esta forma no es posible explicar por medio de éstos la confianza en la relación médico paciente.

Para las mujeres los resultados son bastante similares para los factores como credibilidad, reputación, comunicación y atractivo alternativo, porque el p-value es mayor a 0.05. En el caso de la competencia el , p-value es 0,082, por lo que podemos concluir que esta relación se respalda parcialmente al 10% de nivel de significancia.

Para el caso de la relación Confianza satisfacción, los resultados se muestran en la Tabla N ° 8:

TABLA N ° 8: Regresión para la Satisfacción*.

Modelo	Hombres		Mujeres	
	Beta	P-value	Beta	P-value
Constante	1.587	0.13	2.296	0.078
Confianza	0,724	0,000	0.544	0.015

Variable dependiente: Promedio Satisfacción

Existe relación confianza –satisfacción , tanto para hombres como para mujeres es decir es significativa, ya que el p-value es < 0,05. La confianza tiene mayor impacto en la satisfacción en los hombres ($\beta = 0,724$) que en las mujeres ($\beta = 0,544$).

Otra de las relaciones propuestas es que la confianza y satisfacción influyen en el compromiso, lo que se demuestra en la Tabla N ° 9.

TABLA N ° 9: Regresión para el Compromiso*.

Modelo	Hombres		Mujeres	
	Beta	P-value	Beta	P-value
Constante	-1.049	0.130	-1.529	0.163
Confianza	0.488	0.000	0.645	0.000
Satisfacción	0,606	0.001	0.535	0.006

Variable dependiente: Promedio Compromiso

Los coeficientes no estandarizados para confianza y satisfacción son altamente significativos en el caso de los hombres ($p \leq 0.001$) en explicar el compromiso y significativos para las mujeres ($p \leq 0.05$), de esta forma la confianza y satisfacción influyen directamente en el compromiso.

* Ver detalle en Anexo N° 4.

De acuerdo a los valores de Beta podemos concluir que el compromiso se ve afectado mayormente por la confianza ($\beta= 0,645$) en las mujeres en comparación con los hombres. La satisfacción tiene mayor impacto en el compromiso en los hombres ($\beta= 0,606$) que en las mujeres ($\beta= 0,535$).

6.1.2 Prueba de Hipótesis por GSE

Luego de haber realizado un análisis por sexo, los resultados obtenidos de acuerdo al grupo socioeconómico son los que se muestran en la Tabla N ° 10.

TABLA N° 10: Regresión para la Confianza por GSE

Modelo	ABC1		C2		C3	
	Beta	P-value	Beta	P-value	Beta	P-value
Constante	2.111	0.015	2.818	0.000	3.815	0.000
Competencia	-0.018	0.916	0.196	0.090	0.029	0.835
Credibilidad	0.878	0.569	-0.470	0.673	0.106	0.940
Reputación	0.195	0.118	0.119	0.192	-0.011	0.910
Comunicación	-0.399	0.796	0.649	0.559	0.361	0.800
Atractivo Alternativo	-0.024	0.781	0.059	0.281	-0.129	0.094

Variable dependiente: Promedio Confianza.
Detalle en Anexo N° 4

Los factores credibilidad, reputación y comunicación no se relacionan con la confianza para todos los grupos socioeconómicos, debido a que el p-value es mayor a 0.05. En el caso de la competencia es rechazada para el ABC1 y C3; en cambio para C2 el p-value es 0,090, por lo que podemos concluir que la relación se respalda parcialmente al 10% de nivel de significancia. El atractivo alternativo como factor que influye en la confianza es rechazada para ABC1 y C2, pero podemos decir que se respalda parcialmente al 90% de confianza para el grupo C3

Por lo tanto, podemos concluir que todas las hipótesis propuestas son rechazadas para el grupo ABC1.

Para el caso de la relación Confianza-Satisfacción, los resultados se muestran en la Tabla N° 11:

TABLA N° 11: Regresión para la Satisfacción*.

Modelo	ABC1		C2		C3	
	Beta	P-value	Beta	P-value	Beta	P-value
Constante	1.294	0.081	2.816	0.020	-0.223	0.888
Confianza	0.761	0.000	0.503	0.012	0.951	0.001

Variable dependiente: Promedio Satisfacción

Existe relación entre la confianza y el compromiso para todos los grupos socioeconómicos y es altamente significativa para el ABC1 y C3 ($p \leq 0.001$). La confianza tiene mayor impacto en el compromiso en el grupo C3 ($\beta = 0,951$) que en el ABC1 ($\beta = 0,761$) y C2 ($\beta = 0,503$).

La confianza y satisfacción, son factores que según nuestra hipótesis influyen en el compromiso, lo que se demuestra en la Tabla N° 12:

TABLA N° 12: Regresión para el Compromiso*.

Modelo	ABC1		C2		C3	
	Beta	P-Value	Beta	P-value	Beta	P-value
Constante	-0.586	0.455	-2.525	0.011	0.223	0.889
Confianza	0.397	0.027	0.776	0.000	0.089	0.777
Satisfacción	0.625	0.150	0.582	0.000	0.752	0.000

Variable dependiente: Promedio Compromiso

La relación confianza -compromiso se rechaza para el grupo C3 y se respalda para el ABC1 y C2, siendo para este último significativa ($p \leq 0.001$). La confianza tiene mayor impacto en el compromiso en C2 ($\beta = 0,776$) que en ABC1 ($\beta = 0,397$).

* Ver detalle en Anexo N° 4.

En cambio la relación satisfacción-compromiso, es rechazada solo para el ABC1, siendo altamente significativa para los otros dos grupos. La satisfacción tiene un mayor impacto en el compromiso en el grupo C3 ($\beta= 0,752$).

7. CAPITULO VII: CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA GESTION

Poca atención se le ha dado a las repercusiones de una íntegra relación médico-paciente en los servicios médicos. No se han aprovechado los recursos de la mercadotecnia en este tipo de servicios, probablemente porque este caso particular de investigación, no ha sido profundamente estudiado. En el área de la salud, los profesionales se consideran a sí mismos, únicamente como proveedores de un servicio, y no se asocian a un entorno competitivo, donde existe un porcentaje de la población que puede escoger libremente sus servicios médicos y preferir aquellos que entregan un servicio íntegro.

De acuerdo a la literatura especializada de Marketing, la confianza es fundamental para el éxito de un servicio, así se ha comprobado para el caso de cooperación entre firmas (Nidam, 2000), la relación entre peluquero y cliente (Bove, 2002), comercio por internet (Guinaliú, 2004), etc. Considerando estos trabajos, es razonable pensar que la relación médico-paciente, no puede estar exenta a esta condición. Además, en este estudio se consideraron clientes o pacientes, con posibilidades de escoger libremente sus atenciones médicas, de esta forma, si el paciente no siente confianza en el profesional o en la relación que mantiene con éste, simplemente buscará otra alternativa.

El objetivo principal de este trabajo es analizar qué factores son los que afectan mayormente la confianza del paciente al médico y si, luego, la confianza y la satisfacción ejerce algún efecto sobre el compromiso. Para esto se analizaron distintos factores que podrían influir en la confianza de los cuales solo resulto significativo la reputación.

Los resultados de este trabajo muestran que la confianza y el compromiso afectan la relación que se genera entre el médico y el paciente, y que la relación existente entre ambos factores es significativa y positiva, es decir, ambos se mueven en la misma dirección.

Además, se comprobó que la satisfacción también ejerce influencia sobre el grado de compromiso en la relación con el médico, y en mayor grado que el factor confianza.

Al realizar el mismo análisis pero considerando como variable el sexo de los pacientes podemos concluir que en el caso de los hombres no se encontraron relaciones estadísticamente significativas, y en el caso de las mujeres el resultado es similar a diferencia de la competencia. Analizando a los pacientes por grupo socioeconómico concluimos que la competencia es un factor que afecta la confianza en el grupo C2 y el atractivo alternativo afecta la confianza en el grupo C3 ; la razón que podría explicar que el atractivo alternativo sea un factor importante en el grupo C3 sería el costo del actual médico.

En el caso del análisis por grupo socioeconómico, existe una relación entre la confianza y el compromiso para todos los grupos socioeconómicos, pero ésta es más significativa para ABC1 y C3, y la relación satisfacción-compromiso es altamente significativa para el grupo C3.

Sin embargo, aún debe realizarse mucho más trabajo. El modelo propuesto en este trabajo necesita explicaciones futuras, replicación, extensión, aplicación y evaluación crítica.

Luego de haber desarrollado este estudio se ha determinado ciertos factores que pueden ayudar a mejorar la relación médico-paciente.

Por un lado la comunicación es una función central dentro de esta relación, que no puede delegarse, por el contrario, debe ser eficaz tanto por parte del médico como del paciente. Los problemas en la comunicación médico-paciente son la causa de mayor insatisfacción entre los pacientes. El médico debe tener un buen trato humano, el cual se expresa a través de gestos como el saludo y la despedida, la escucha, la demostración de interés y la empatía.

La cantidad de información recibida sobre la medicación, los resultados de exámenes o la enfermedad, se asocia con un aumento de la satisfacción posterior, con el recuerdo, y con la posibilidad de volver donde el mismo médico, por lo cual es otro aspecto a tener en cuenta por parte de los profesionales.

La participación activa del paciente en la decisión de su tratamiento mejora los resultados de su percepción a esta relación, entonces, hay que incentivarlos a que tengan una participación más activa durante la consulta.

Los médicos deben esforzarse en lograr que la información entregada al paciente sea creíble, ya que así lograrán que la confianza depositada en él se incremente y se sientan más satisfechos con su servicio, ya que como se mencionó anteriormente, la credibilidad es el factor considerado más importante.

El factor competencia también es importante a la hora de elegir un médico, de esa forma se debe considerar que la experiencia del médico permite que potenciales pacientes se conviertan en pacientes reales.

También es importante que las instituciones donde ejerce el médico realicen gestiones para mejorar la atención y fidelización de los pacientes, ya que esto las beneficia directamente a ellas y, además, a los médicos que trabajan en ésta.

De esta forma los servicios de atención de salud deberían resaltar esta característica de los médicos y a su vez éstos últimos sentirse como promotores de su servicio más que unos simples proveedores.

CAPITULO VIII: LIMITACIONES Y DIRECCIONES PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Esta investigación ha presentado algunas limitaciones que han de ser consideradas.

Una limitación de la muestra es que las edades de los encuestados se concentran entre los 20 y 30 años (Ver Anexo N°2), lo que no hace posible generalizar los resultados y establecer relaciones entre la Edad y otras variables. Por lo tanto, proponemos utilizar una muestra de edades repartidas uniformemente, es decir, constatar los resultados con muestras alternativas.

En las líneas de investigaciones futuras debemos incluir el desarrollo de modelos alternativos que contengan más variables u otras distintas a las utilizadas en esta investigación. También, podemos mencionar el diseño de investigación empleado, que es transversal. En este caso, un modelo de tipo longitudinal proporcionaría un grado de inferencia mayor.

También proponemos, para futuras investigaciones, para confirmar con mayores garantías que las variables superen la etapa exploratoria realizada en esta investigación, recurrir a Ecuaciones Estructurales para lograr un estudio Confirmatorio.

ANEXO Nº 1

Encuesta

Fidelización médico paciente.

Buenos días/tardes, somos alumnas de la Universidad de Chile y estamos haciendo nuestro seminario de título sobre la relación médico paciente ¿Podría dedicarme unos minutos para hacerle unas preguntas? Gracias.

1. Indique cuál especialidad médica acude habitualmente. Indique sólo una de ellas:

2. ¿Hace cuánto tiempo usted acude a este médico?

3. De las siguientes características a la hora de elegir un médico, ¿Qué importancia le da a cada una de ellas?

1: Totalmente sin Importancia

5: Importante

2: Sin Importancia

6: Muy Importante

3: Poco Importante

7: Totalmente Importante

4: Indiferente

	1	2	3	4	5	6	7
Comunicación							
Competencia							
Credibilidad							
Reputación							

4. Comunicación.

Indique su grado de acuerdo y desacuerdo con las siguientes afirmaciones entre 1 y 7, asignando (1) Totalmente en Desacuerdo, (4) Ni Acuerdo ni Desacuerdo (7) Totalmente de Acuerdo.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Mi médico me habla con lenguaje claro y entendible durante la consulta.							
Mi médico me mantiene informado de nuevos tratamientos o adelantos.							
Mi médico nunca duda en explicarme los beneficios y desventajas de un tratamiento							

5. Competencia

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Mi médico tiene suficiente experiencia y recursos para tratar a sus pacientes							
Mi doctor conoce lo suficiente a sus pacientes para ofrecer servicios adaptados a sus necesidades.							
Mi médico tiene el conocimiento adecuado para manejar su relación con los pacientes.							

6. Credibilidad.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Mi médico es reconocido por su credibilidad dentro del entorno							
Siento que mi médico se preocupa exclusivamente de mi salud y bienestar							
Cada palabra de mi médico siento que está libre de otros intereses distintos a mi bienestar							

7. Reputación.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Mi médico cumple siempre las promesas que hace a sus pacientes							
La reputación de mi médico es mejor que el resto de los médicos							
Mi médico tiene reputación de ser honesto							

8. Atractivo alternativo.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Cualquier otro médico sería menos costoso que mi actual médico							
He pensado en la idea de cambiar de médico							
Un nuevo médico está ubicado más cercano a mi respecto al médico actual.							

9. Confianza.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Yo confío en mi doctor para realizar mis tratamientos							
El médico ha sido franco en el trato conmigo							
Tiendo a confiar en mi doctor, incluso si tengo poco conocimiento sobre él							
Considero que mi médico respeta la confidencialidad de mi diagnóstico							
Creo en la veracidad de la información que mi médico me entrega							
Confío en las decisiones que toma mi doctor sin mi involucramiento							

10. Compromiso.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
La relación que tengo con mi médico es algo que pretendo mantener indefinidamente							
Creo que no dejaría de utilizar los servicios de este doctor si cometiera un pequeño error							
Tengo un fuerte sentido de lealtad hacia mi médico							
Creo que recomendaré a terceras personas a este médico.							
Creo que destacaría los aspectos positivos de este médico si alguien lo criticara.							
Aunque surjan nuevas alternativas, creo que no renunciaré a tratarme con este doctor,							

11. Satisfacción.

Preguntas	Totalmente en desacuerdo ←				→ Totalmente de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
Estoy muy satisfecho con mi actual médico							
Si tuviera que hacerlo de nuevo, elegiría al mismo médico							
El médico cumple con tus expectativas							
Estoy satisfecho con el servicio entregado por mi médico							

N. Datos Personales.

Edad: _____

Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Nivel de ingresos familiares: ¿Me podría decir en qué tramo de ingresos se encuentra su grupo familiar?

\$ Menos de 160.000	
\$ 150.001 a 400.000	
\$ 400.001 a 600.000	
\$ 600.001 a 1.700.000	
\$ 1.700.001 a 2.500.000	
\$ Más de 2.500.000	

¡Muchas Gracias!

ANEXO Nº 2

EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	1	,6	,6	,6
	19	10	6,5	6,5	7,1
	20	6	3,9	3,9	11,0
	21	7	4,5	4,5	15,5
	22	10	6,5	6,5	21,9
	23	14	9,0	9,0	31,0
	24	14	9,0	9,0	40,0
	25	3	1,9	1,9	41,9
	26	5	3,2	3,2	45,2
	27	3	1,9	1,9	47,1
	28	6	3,9	3,9	51,0
	29	7	4,5	4,5	55,5
	30	4	2,6	2,6	58,1
	31	6	3,9	3,9	61,9
	32	2	1,3	1,3	63,2
	33	6	3,9	3,9	67,1
	34	3	1,9	1,9	69,0
	35	4	2,6	2,6	71,6
	36	2	1,3	1,3	72,9
	37	3	1,9	1,9	74,8
	38	2	1,3	1,3	76,1
	39	1	,6	,6	76,8
	40	1	,6	,6	77,4
	43	2	1,3	1,3	78,7
	44	3	1,9	1,9	80,6
	46	1	,6	,6	81,3
	47	4	2,6	2,6	83,9
	48	4	2,6	2,6	86,5
	49	3	1,9	1,9	88,4
	50	2	1,3	1,3	89,7
	51	1	,6	,6	90,3
	52	2	1,3	1,3	91,6
	53	3	1,9	1,9	93,5
	54	1	,6	,6	94,2
	55	3	1,9	1,9	96,1
	56	2	1,3	1,3	97,4
	57	1	,6	,6	98,1
	58	1	,6	,6	98,7
	65	1	,6	,6	99,4
	73	1	,6	,6	100,0
	Total	155	100,0	100,0	

ANEXO Nº 3

Escala utilizadas para medir los parámetros en estudio

Medida	Fuente
<p><i>Comunicación</i></p> <p>Mi médico me habla con lenguaje claro y entendible durante la consulta. Mi médico me mantiene informado de nuevos tratamientos o adelantos. Mi médico nunca duda en explicarme los beneficios y desventajas de un tratamiento.</p>	<p>Nuevo Item Morgan & Hunt 1994 Nuevo Item</p>
<p><i>Competencia</i></p> <p>Mi médico tiene suficiente experiencia y recursos para tratar a sus pacientes. Mi doctor conoce lo suficiente a sus pacientes para ofrecer servicios adaptados a sus necesidades. Mi médico tiene el conocimiento adecuado para manejar su relación con los pacientes.</p>	<p>Cheung & Lee 2001 Doney & Cannon 1997 Cheung & Lee 2001</p>
<p><i>Credibilidad</i></p> <p>Mi médico es reconocido por su credibilidad dentro del entorno. Siento que mi médico se preocupa exclusivamente de mi salud y bienestar Cada palabra de mi médico siento que está libre de otros intereses distintos a mi bienestar</p>	<p>Garbarino & Johnson 1999 Garbarino & Johnson 1999 Siguaw, et al. 1998</p>
<p><i>Reputación</i></p> <p>Mi médico cumple siempre las promesas que hace a sus pacientes. Mi médico tiene reputación de ser honesto. La reputación de mi médico es mejor que el resto de los médicos.</p>	<p>Nguyen & LeBlanc 2001 Nguyen & LeBlanc 2001 Nguyen & LeBlanc 2001</p>
<p><i>Atractivo alternativo</i></p> <p>Cualquier otro médico sería menos costoso que mi actual médico. He pensado en la idea de cambiar de médico. Un nuevo médico está ubicado más cercano a mi respecto al médico actual.</p>	<p>Bove, & Jonson 2002 Neeru Sharma & Patterson Nuevo Item Neeru Sharma & Patterson</p>
<p><i>Confianza</i></p> <p>Yo confío en mi doctor para realizar mis tratamientos. El médico ha sido franco en el trato conmigo. Tiendo a confiar en mi doctor, incluso si tengo poco conocimiento sobre él. Considero que mi médico respeta la confidencialidad de mi diagnóstico. Creo en la veracidad de la información que mi médico me entrega. Confío en las decisiones que toma mi doctor sin mi involucramiento.</p>	<p>Kranton, 1996 Garbarino & Johnson 1999 Cheung & Lee 2001 Bove & Johnson 2002 Nuevo Item Moorman et al. 1992</p>
<p><i>Compromiso Afectivo</i></p> <p>La relación que tengo con mi médico es algo que pretendo mantener indefinidamente. Tengo un fuerte sentido de lealtad hacia mi médico. Creo que recomendaré a terceras personas a este médico.</p> <p><i>Compromiso Calculado</i></p> <p>Aunque surjan nuevas alternativas, creo que no renunciaré a tratarme con este doctor. Creo que destacaría los aspectos positivos de este médico si alguien lo criticara. Creo que no dejaría de utilizar los servicios de este doctor si cometiera un pequeño error.</p>	<p>Morgan & Hunt 1994 Morgan & Hunt 1994 Flavián & Guinalíu 2004</p> <p>Flavián & Guinalíu 2004 Flavián & Guinalíu 2004 Flavián & Guinalíu 2004</p>
<p><i>Satisfacción</i></p> <p>Estoy muy satisfecho con mi actual médico. Si tuviera que hacerlo de nuevo, elegiría al mismo médico. El médico cumple con tus expectativas. Estoy satisfecho con el servicio entregado por mi médico.</p>	<p>Ellen Garbarino & Mark Johnson Ellen Garbarino & Mark Johnson Ellen Garbarino & Mark Johnson Nuevo Item</p>

ANEXO N° 4

Regresión Confianza para Hombres

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,713 ^a	,508	,473	,7517

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	41,416	5	8,283	14,659	,000 ^a
	Residual	40,119	71	,565		
	Total	81,534	76			

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,062	,682		3,023	,003
	Promedio Comunicación	,654	1,168	,739	,560	,577
	Promedio Reputación	,118	,104	,121	1,134	,261
	Promedio Competencia	,025	,137	,024	,186	,853
	Promedio Atractivo Alternativo	-,055	,059	-,081	-,938	,351
	Promedio Credibilidad	-,096	1,174	-,106	-,082	,935

a. Dependent Variable: Promedio Confianza

Regresión Confianza Satisfacción para Hombres

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio _a Confianza	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,629 ^a	,396	,388	,9326

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	42,770	1	42,770	49,175	,000 ^a
	Residual	65,231	75	,870		
	Total	108,001	76			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,587	,620		2,559	,013
	Promedio Confianza	,724	,103	,629	7,013	,000

a. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Regresión Confianza, Satisfacción y Compromiso para hombres

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Confianza, Promedio Satisfacción	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,752 ^a	,566	,554	,9875

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza, Promedio Satisfacción

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	93,939	2	46,969	48,169	,000 ^a
	Residual	72,157	74	,975		
	Total	166,095	76			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza, Promedio Satisfacción

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1,049	,685		-1,532	,130
	Promedio Satisfacción	,606	,122	,488	4,955	,000
	Promedio Confianza	,488	,141	,342	3,467	,001

a. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Regresión Confianza para Mujeres

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Credibilidad, Promedio Reputación, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Competencia, Promedio Comunicación		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,495 ^a	,245	,193	,5583

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Reputación, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,300	5	1,460	4,684	,001 ^a
	Residual	22,444	72	,312		
	Total	29,745	77			

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Reputación, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,637	,520		6,996	,000
	Promedio Comunicación	-1,169	,998	-1,799	-1,172	,245
	Promedio Reputación	,070	,066	,113	1,059	,293
	Promedio Competencia	,161	,091	,240	1,762	,082
	Promedio Atractivo Alternativo	,042	,055	,085	,772	,443
	Promedio Credibilidad	1,288	,983	2,005	1,310	,194

a. Dependent Variable: Promedio Confianza

Regresión Confianza Satisfacción para Mujeres

Variables Entere d/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Confianza ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,275 ^a	,076	,064	1,1903

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8,814	1	8,814	6,221	,015 ^a
	Residual	107,673	76	1,417		
	Total	116,487	77			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,296	1,286		1,785	,078
	Promedio Confianza	,544	,218	,275	2,494	,015

a. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Regresión Confianza, Satisfacción y Compromiso para Mujeres

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Confianza, Promedio Satisfacción	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,696 ^a	,485	,471	,9826

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza, Promedio Satisfacción

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	68,188	2	34,094	35,315	,000 ^a
	Residual	72,407	75	,965		
	Total	140,595	77			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza, Promedio Satisfacción

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-1,529	1,084		-1,410	,163
	Promedio Satisfacción	,645	,095	,587	6,813	,000
	Promedio Confianza	,535	,187	,246	2,856	,006

a. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Regresión Confianza para ABC1

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,685 ^a	,469	,408	,7985

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	24,738	5	4,948	7,760	,000 ^a
	Residual	28,055	44	,638		
	Total	52,793	49			

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,111	,832		2,538	,015
	Promedio Comunicación	-,399	1,535	-,481	-,260	,796
	Promedio Reputación	,195	,122	,218	1,595	,118
	Promedio Competencia	-,018	,169	-,017	-,106	,916
	Promedio Atractivo Alternativo	-,024	,086	-,032	-,279	,781
	Promedio Credibilidad	,878	1,531	1,038	,574	,569

a. Dependent Variable: Promedio Confianza

Regresión Confianza Satisfacción para ABC1

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,653 ^a	,427	,415	,9251

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	30,596	1	30,596	35,754	,000 ^a
	Residual	41,076	48	,856		
	Total	71,672	49			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,294	,726		1,781	,081
	Promedio Confianza	,761	,127	,653	5,979	,000

a. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Regresión Confianza, Satisfacción y Compromiso ABC1

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Satisfacción, Promedio Confianza ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,752 ^a	,566	,547	,9589

a. Predictors: (Constant), Promedio Satisfacción, Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	56,246	2	28,123	30,587	,000 ^a
	Residual	43,214	47	,919		
	Total	99,460	49			

a. Predictors: (Constant), Promedio Satisfacción, Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,586	,777		-,753	,455
	Promedio Confianza	,397	,174	,289	2,276	,027
	Promedio Satisfacción	,625	,150	,531	4,178	,000

a. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Regresión Confianza para C2

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,536 ^a	,288	,233	,6472

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	10,989	5	2,198	5,247	,000 ^a
	Residual	27,223	65	,419		
	Total	38,212	70			

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Reputación, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,818	,678		4,159	,000
	Promedio Comunicación	,649	1,104	,809	,588	,559
	Promedio Reputación	,119	,090	,152	1,319	,192
	Promedio Competencia	,196	,114	,245	1,723	,090
	Promedio Atractivo Alternativo	,059	,054	,116	1,087	,281
	Promedio Credibilidad	-,470	1,109	-,580	-,424	,673

a. Dependent Variable: Promedio Confianza

Regresión Confianza Satisfacción para C2

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Confianza ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,298 ^a	,089	,076	1,1991

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	9,683	1	9,683	6,734	,012 ^a
	Residual	99,214	69	1,438		
	Total	108,897	70			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,816	1,179		2,390	,020
	Promedio Confianza	,503	,194	,298	2,595	,012

a. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Regresión Confianza, Satisfacción y Compromiso C2

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Confianza, Promedio Satisfacción	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,750 ^a	,562	,549	,9418

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza, Promedio Satisfacción

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	77,327	2	38,664	43,588	,000 ^a
	Residual	60,318	68	,887		
	Total	137,645	70			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza, Promedio Satisfacción

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-2,525	,963		-2,622	,011
	Promedio Satisfacción	,582	,095	,518	6,158	,000
	Promedio Confianza	,776	,160	,409	4,863	,000

a. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Regresión Confianza para C3

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Credibilidad, Promedio Reputación, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Competencia, Promedio Comunicación		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,673 ^a	,452	,355	,5369

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Reputación, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6,669	5	1,334	4,628	,003 ^a
	Residual	8,070	28	,288		
	Total	14,739	33			

a. Predictors: (Constant), Promedio Credibilidad, Promedio Reputación, Promedio Atractivo Alternativo, Promedio Competencia, Promedio Comunicación

b. Dependent Variable: Promedio Confianza

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,815	,747		5,106	,000
	Promedio Comunicación	,361	1,407	,538	,256	,800
	Promedio Reputación	-,011	,097	-,017	-,114	,910
	Promedio Competencia	,029	,139	,038	,210	,835
	Promedio Atractivo Alternativo	-,129	,075	-,270	-1,733	,094
	Promedio Credibilidad	,106	1,390	,160	,076	,940

a. Dependent Variable: Promedio Confianza

Regresión Confianza Satisfacción para C2

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Confianza ^a	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,542 ^a	,293	,271	1,0018

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	13,327	1	13,327	13,280	,001 ^a
	Residual	32,114	32	1,004		
	Total	45,441	33			

a. Predictors: (Constant), Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-,223	1,574		-,142	,888
	Promedio Confianza	,951	,261	,542	3,644	,001

a. Dependent Variable: Promedio Satisfacción

Regresión Confianza, Satisfacción y Compromiso C3

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Promedio Satisfacción, Promedio _a Confianza	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,683 ^a	,466	,432	1,0110

a. Predictors: (Constant), Promedio Satisfacción, Promedio Confianza

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	27,694	2	13,847	13,546	,000 ^a
	Residual	31,687	31	1,022		
	Total	59,381	33			

a. Predictors: (Constant), Promedio Satisfacción, Promedio Confianza

b. Dependent Variable: Promedio Compromiso

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	,223	1,589		,140	,889
	Promedio Confianza	,089	,313	,045	,285	,777
	Promedio Satisfacción	,752	,178	,658	4,215	,000

a. Dependent Variable: Promedio Compromiso

REFERENCIAS

- Anderson, Eugene W., Claes Fornell, y Donald R. Lehman (1994) , “Customer Satisfaction, Market Share and Profitability : Findings from Sweden”, Journal of Marketing, 58 (July), 53-66.
- Anderson, J.C. & Narus, J.A. (1990). “A Model of Distributor Firm and Manufacturer Firm Working Partnerships”. Journal of Marketing. Vol. 54 (January), pp. 42-58.
- Barefoot, John C., Maynard, Kimberly E., Beckham,, Jean C. Beverly H. (1998) “Trust, Health and Longevity”. Journal of Behavioral Medicine, Vol. 21, No. 6.
- Berry, L.L. & Parasuraman (1991), Marketing Services New York: The Free Press.
- Bijou, D., Ennew, C.T. & Palmer, A. (1998). “Trust, Ethics and Relationship Satisfaction”. International Journal of Bank Marketing. Vol. 16 No. 4, pp. 170-175.
- Bordonaba - Juste, María Victoria & Polo - Redondo, Yolanda (2004) “Relationships in Franchised Distribution System: The Case of the Spanish Market”. Int. Rev. of Retail, Distribution and Consumer Research Vol. 14, No.1, 101-127.
- Bove, Liliana & Johnson, Lester (2002). "Predicting personal loyalty to a service worker". Australasian Marketing Journal 10 (1).
- Butler, J. K. (1991) Toward Understanding and Measuring Conditions of Trust: Evolution of a Conditions of Trust Inventory, Journal of Management, 17(3) p.643-663.

- Busch, Paul and David T. Wilson (1976), "An Experimental Analysis of a Salesman's Expert and Referent Bases of Social Power in the Buyer-Seller Dyad," *Journal of Marketing Research*, 13 (February), 3-11.
- Cheung, C.M.K. & Lee, M.K.O. (2001). "Trust in Internet Shopping: Instrument Development and Validation Through Classical and Modern Approaches". *Journal of Global Information Management*. Vol. 9 No. 3, pp. 23-34.
- Coleman, J.S. (1990). *Foundations of Social Theory*. Cambridge, MA: The Belknap Press.
- Cronin, J.J and Taylor, S.A (1992) , " Measuring service quality : an examination and extension" , *Journal of Marketing* , Vol 56 , July. Pp 55-68.
- Crosby, L.A Evans, K. R. and Cowles, D. (1990), " Relationship quality in services selling : and interpersonal influence perspective", *Journal of Marketing*, Vol. 54, July , pp 68-81.
- Czepiel, John A., Larry J. Rosenberg y Adebayo Akerele (1974), " Perspectives on Consumer Satisfaction," en *AMA Educators' Proceedings*. Chicago: American Marketing Association, 119-23
- Dasgupta, P. & D. Gambetta (1988): "Trust as a commodity": *Trust. Making and Breaking cooperative relationships*, London: Blackwell Publishers.
- Day, E., Denton , L. L. and Hickner, J.A. (1988), "Clients' selection and retention criteria : some marketing implications for the small CPA firm", *Journal of Professional Services Marketing*, vol. 3 N° 4, pp. 85-91.
- Deutsch, M. (1962). Cooperation and trust: Some theoretical notes. In M. R. Jones (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*, 275-319. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

- Dick, A.S. & Basu, K. (1994). "Customer Loyalty towards an Integrated Conceptual Framework". *Journal of the Academy Science*. Vol. 22 N°2, pp. 99-113.
- Doney, P.M. & Cannon, J.P. (1997). "An Examination of the Nature of Trust in Buyer-Seller Relationship". *Journal of Marketing*. Vol. 61, pp. 35-51
- Dwyer, F.R., Schurr, P.H. & Oh, S. (1987). "Developing Buyer and Seller Relationships". *Journal of Marketing*. Vol. 51 (April), pp. 11-27.
- Feng, J., Lazar, J., Preece, J. (2004) Empathic and predictable communication influences online interpersonal trust. *Behavior and Information Technology*. (accepted, in press)
- Flavián, C. & Guinalíu, M. (2004). "La Confianza y el Compromiso en las Relaciones a través de Internet. Dos Pilares Básicos del Marketing Estratégico en la Red".
- Garbarino, Ellen and Mark S. Johnson (1999), "The Different Roles of Satisfaction, Trust, and Commitment in Customer Relationships," *Journal of Marketing*, 63 (April), 70-87.
- Grönroos, Christian (1997), "Value-driven relational marketing: from products to resources and competencies", *Journal of Marketing Management*, 13 , 407-419.
- Hrebiniak, L. G. (1974). Effects of job level and participation on employee attitudes and perception of influence. *Academy of Management Journal*, 17, 649-662
- Jones, T.O. and Sasser, W.E Jr (1995), "Why satisfied customers defect", *Harvard Business Review*, November-December, pp 88-99.

- Kranton, R.E., (1996) "The Formation of Cooperative Relationships", *Journal of Law, Economics, and Organization*, Vol.12, pp.214-233
- Leik, R.K. & Leik, S.A. (1977). "Transition to Interpersonal Commitment" in *Behavioral Theory in Sociology*, R. Hanblen and J. Kunkel, eds. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- Limerick, D.& Cunnington, B. (1993) *Managing the New Organization*, Sydney, Business and Professional Publishing
- Lundgren, Henriette; Walczuch, Rita (2003) "The Impact of Power Distance and Uncertainty Avoidance on the Consumer Trust Formation Process in E-Retailing" Department of accounting and information management, University of Maastricht
- Meyer, J.P. & Allen, N.J. (1991). "A Three-Component Conceptualization of Organizational Commitment". *Human Resource Management Review*. Vol. 1, pp. 61-89.
- Moorman, C., Zaltman, G. & Deshpande, R. (1992). "Relationships between Providers and Users of Market Research: The Dynamics of Trust Within and Between Organizations". *Journal of Marketing Research*. Vol.29 (August), pp.314-328.
- Morgan, R.M & Hunt, S.D. (1994). "The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing". *Journal of Marketing*. Vol. 58 (July), pp. 20-38.
- Nidam, Anass (2000). "Factors Affecting The Trust Capital Construction: The Case Of Services Inter-Firm Relationship". Faculty of Business Jean Moulin Lyon 3 University

- Patterson, P.G., Johnson, L.W and Spreng, R. (1997) “ Modeling the determinants of customer satisfaction for business-to- business professional services” , Journal of the Academy of Marketing Science, Winter , pp 4-17
- Ping, R.A Jr (1993), “ The effects of satisfaction and structural constraints on retailer exiting, voice, loyalty, opportunism, and neglect”, Journal of Retailing, Vol 69 N° 3, Fall, pp. 321-49.
- Reichheld, F.F. & Aspinall, K. (1993). “Building High Loyalty Business Systems”. Journal of Retail Banking. Vol. 15, pp. 21-29.
- Rotter, J.B. (1967). “A New Scale for the Measurement of Interpersonal Trust”. Journal of Personality. Vol. 35 N°4, pp. 651-665.
- Rusbult, C.E (1980), “Commitment and satisfaction in romantic association : a test of the investment model”, Journal of Experimental and Social Psychology , N° 16, pp 172-86.
- Sharma, Neeru & Patterson, Paul G. (1999) “The impact of communication effectiveness and service quality on relationship commitment in consumer, professional services” The Journal of Services Marketing, Vol. 13 No. 2 1999, pp. 151-170 MCB UNIVERSITY PRESS, 0887-6045.
- Siguaw, J. A., P. M. Simpson, and T. L. Baker (1998). "Effects of Supplier Market Orientation on Distributor Market Orientation and the Channel Relationship: The Distributor Perspective." Journal of Marketing 62, 3 99-111.
- Spence, H.K., Finegan, J. & Shamian, J. (2001). “The Impact of Workplace Empowerment, Organizational Trust on Staff Nurses’ Work Satisfaction and Organizational Commitment”. Health Care Management Review. Vol. 26, pp. 7-23.

- Zaltman, G. & Moorman, C. (1998). "The Importance of personal Trust in the use of Research". *Journal of Advertising Research*. October/November, pp. 16-24.