

La calidad de servicio en el sector de salud pública: una investigación empírica

Leslier Valenzuela F.

Facultad de Ciencias Empresariales

Universidad del Bío-Bío

lvalenzue@ubiobio.cl

Abstract

This article evaluates the value perceived by the user of the Center of Primary Health in study versus the value delivered by this organization with the purpose to determine the gap in the quality of the service and the factors that affect. There has used the model SERVQUAL already validated for the sector health. The results indicate that the value of the gap is negative since the polled users were waiting for a better service of what actually they received or perceived. The most important dimensions in the study to evaluate the quality of the service were Security and Tangibility.

Keywords: Quality of service, public health sector, SERVQUAL model.

JEL Classification: M1 Business Administration and Marketing.

El autor agradece la oportunidad que tuvo en el Proyecto FEDRA 2007-2008 coordinado por la Universidad del Bío-Bío donde dirigió a equipos directivos del Servicio de Salud Talcahuano para desarrollar e implementar un proyecto de "lista de espera en oftalmología", instancia que permitió llevar a cabo esta investigación. Además agradece el eficiente trabajo logrado por las alumnas de Ingeniería Comercial de la Universidad del Bío-Bío, Yasna Vega R. y Yoanna Vera A.

Resumen

Este artículo evalúa el valor percibido por el usuario del Centro de Salud Primaria en estudio versus el valor entregado por este establecimiento con el propósito de determinar la brecha en la calidad del servicio y los factores que inciden. Se ha usado el modelo SERVQUAL ya validado para el sector salud. Los resultados señalan que el valor de la brecha es negativo ya que los usuarios encuestados esperaban un mejor servicio de lo que en realidad recibieron o percibieron. Las dimensiones más importantes en el estudio para evaluar la calidad del servicio fueron seguridad y tangibilidad.

Palabras clave: Calidad de servicio, sector salud pública, modelo SERVQUAL.

1. Introducción

A mediados de la década de los 90 casi todos los países de América Latina y el Caribe (ALC) habían iniciado, o estaban considerando iniciar, Reformas del Sector Salud (RSS). Las razones declaradas para ello no variaban mucho entre cada uno de ellos, pudiendo destacar: aumentar la cobertura de los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención, mejorar la equidad en el acceso, incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios y posibilitar mayor participación comunitaria.

En Chile los mayores cambios sectoriales se han dado como parte de un proceso mayor de reestructuración y/o de modernización del Estado y derivado de ello la construcción de un sector público que responda a los requerimientos que plantea la sociedad civil actual. Se debe contar con un Estado al servicio de los ciudadanos, con una estructura flexible y una gestión eficiente, participativa y transparente. Además el sector debe tener una relación proactiva y previsoras en materia de desarrollo económico, de provisión de seguridad y de incorporación de la ciudadanía a los procesos públicos.

En el contexto de la actual reforma del sector se han introducido cambios en la forma de gestionar con el fin de dar sustento al nuevo modelo de atención integral. Un primer elemento es el llamado “modelo de gestión en red”, incorporando a todos los actores como responsables de los resultados sanitarios de la población a cargo. Está compuesta por establecimientos que se organizan en niveles de complejidad distinta, los que se relacionan a través de sistemas de referencia y contra referencia de usuarios y usuarias, conformando así una “red de atención”. La ausencia del funcionamiento en red y, por tanto, de la capacidad de colaboración explica que en un lugar exista duplicidad de acciones o subutilización de recursos, mientras en otra localidad no estén disponibles, que se efectúen procedimientos o intervenciones en un servicio de urgencia o en un hospital que pudieran haberse efectuado a menor costo, con mayor oportunidad y satisfacción del usuario en un centro de salud comunitario o que personas se muevan de un lugar a otro, sin que nadie se haga responsable de solucionar el problema que los afecta.

Otro elemento introducido en el marco del nuevo modelo de gestión en red son los “compromisos de gestión”, acuerdos formales entre las distintas entidades del sistema y que asocian la asignación de fondos al logro de metas. Estos compromisos promueven la interacción entre los equipos de las áreas técnico asistencial y administrativo financiera, por tanto, cualquier proyecto en red a implementar tendrá más impacto en la medida que los considere.

Todas estas modificaciones, cambios e introducción de nuevas formas de hacer gestión, pretenden promover el logro de los objetivos sanitarios (mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad, disminuir las desigualdades y proveer servicios acordes a las expectativas de la población) definidos para el decenio 2000-2010. Estos objetivos sanitarios se articulan y operacionalizan con otro elemento de la reforma, el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y

comunitario, iniciado el año 1998. Este se fundamenta en líneas de acción que permiten proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dando respuesta a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna, eficaz, accesible y de calidad.

Por consiguiente, las políticas del gobierno de Chile, tendientes a mejorar la atención y calidad de servicio entregada al usuario, están centradas principalmente en la atención primaria en salud. Desde esta perspectiva, el presente trabajo tiene como objetivo por una parte, diagnosticar lo que perciben los usuarios del servicio recibido en el centro de salud familiar (CESFAM) y conocer sus expectativas. Por otra, determinar la brecha existente con relación a lo que la organización ha declarado ofrecer en tipo y calidad de servicio y la percepción de los usuarios de salud primaria pública.

En la sección 2 se desarrollan los antecedentes a la calidad del servicio, seguido en la sección 3 de la metodología empleada y en la sección 4 una síntesis de los resultados obtenidos y en la sección 5 las conclusiones y recomendaciones.

2. Antecedentes a la calidad de servicio en salud pública

Para las instituciones de salud la prestación de un servicio consiste en una interacción entre un proveedor y un paciente. El objetivo de esta interacción es mantener, restaurar y promover la salud. Según Donabedian(a) (1990) la calidad de atención consiste en “obtener los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente”. Para ello, las organizaciones de salud pública en Chile se han preocupado de mejorar la calidad de atención al paciente en aspectos técnicos, administrativos y científicos. No obstante, será el paciente quién finalmente evalúe el servicio recibido o percibido.

Según la Organización Panamericana de la Salud¹ la calidad en salud es “un conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente”. Donabedian (b) (1990) define calidad en salud abarcando aspectos básicos en la relación entre la evaluación de la calidad y la evaluación de los programas dentro de sus componentes técnicos e interpersonales. Estos conceptos son: accesibilidad, continuidad y coordinación, con las implicaciones que conlleva en el contenido, cantidad y costos de la atención para lograr la satisfacción de los pacientes y los profesionales.

El servicio sanitario, al igual que cualquier otro servicio, se caracteriza por su intangibilidad; la casi total inseparabilidad de producción y consumo (debida a que la interacción médicopaciente es básica en el producto sanitario) y por su heterogeneidad, puesto que cada proveedor que facilita el servicio es único (incluso de una vez a otra el mismo proveedor ofrece un servicio diferente).

Ahora bien, a diferencia de otros sectores, puede afirmarse que el producto sanitario es tan amplio como el número de pacientes que atiende. No existen “enfermedades sino que enfermos”, lo que dificulta definir el nivel de calidad de los servicios sanitarios, puesto que para los pacientes resulta imposible conocer si la atención recibida ha sido la adecuada, prestada en forma óptima y se ha alcanzado el mejor resultado posible en su aplicación.

A toda organización en salud, ya sea pública o privada, le debería interesar prestar una asistencia de la más alta calidad posible. Esta calidad, además del factor humano, vendrá condicionada por los recursos materiales y financieros de que disponga. Si se entiende que los componentes de la calidad incluyen la equidad, la efectividad, la accesibilidad, la satisfacción del paciente y del profesional, y la eficiencia, entre otras características, se debe considerar entonces que se hace necesaria una gestión

¹Programa de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe 1999.

óptima de los recursos limitados de que se dispone, para lograr unos resultados positivos. Sin embargo, la gestión en las instituciones sanitarias públicas resulta intrínsecamente compleja. No sólo existen condicionantes históricos, jurídicos, una incómoda politización o una excesiva burocracia en el sector, sino que, además, las instituciones de salud, como empresas de servicios, reúnen ciertas características que hacen de éste un sector muy particular.

Actualmente el paciente ha aumentando su papel en las decisiones en salud que le conciernen. Aparece así el principio de autonomía en la sanidad, que justifica la personalización del trato al paciente, la ampliación de las prestaciones, o la posibilidad de elección. Se pasa así de una práctica clínica basada en el convencimiento de que se sabe lo que era mejor para el paciente, a otra práctica en la que, también, es necesario preocuparse por conocer el punto de vista y las necesidades personales del mismo. El problema estriba en cómo conocer esas necesidades y expectativas y cómo poder satisfacerlas a un coste asumible.

Evaluar la calidad de la atención médica es un juicio difícil de medir; hay una tendencia a evaluar la atención médica en un paquete de atributos mal definidos que se usan para definir calidad, percibiéndose de diferentes maneras en base a: atributo único, atributos funcionalmente relacionados, combinación heterogénea de atributos. Permitiendo que los juicios sobre la calidad de la atención médica en sí, se hagan directamente sobre las personas que la proporcionan y los sistemas donde se imparten, por ejemplo, el tratamiento que proporciona un médico o cualquier otro profesional de la salud, en un episodio de atención de la enfermedad del paciente. Entonces se debe preguntar si la calidad de atención médica tiene alguna medida, qué juicios se consideran, además si es suficiente para aportar salud y bienestar al paciente: No recibir atención en casos en que debiera recibirse, es evidente que denota falla en la calidad de la atención y en el paciente al aceptarlo. Si la atención recibida por un largo tiempo falla o es insuficiente, esto revelaría deficiencia en la calidad del

servicio otorgado. El paciente al gastar tiempo y dinero en una atención médica no beneficiosa le queda menos para emplear en otras cosas que le son valiosas. Desde un punto de vista social la atención excesiva a un grupo desprotege a otros que lo necesiten más. La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad óptima, es decir, optimizar la relación coste-beneficio (Donabedian (a),1990).

Para medir la calidad de servicio es crucial poner al usuario y su familia en el centro del accionar e integrar en un todo coherente, los distintos programas, garantías, y compromisos bajo el alero de un modelo que enfatice no sólo la perspectiva biológica de los problemas, sino también, la psicológica, socio ambiental y espiritual. A este respecto la Salud Pública ha experimentado un cambio constante en la atención de los pacientes, desde la década del noventa existe una recuperación, fortalecimiento y modernización del sistema como consecuencia de la grave crisis que sufrió el Servicio de Salud Pública a inicios de los 90s. Para recuperar y modernizar la deteriorada red asistencial pública, se ejecutó un vasto programa de inversiones denominado Plan Salud en Acción 1990-2000, que contempló una inversión en infraestructura y equipamiento. Esta inversión ha permitido mejorar el acceso a la atención y la calidad de los servicios que se otorgan a la población en los establecimientos del sistema público. Adicionalmente, el Ministerio de Salud elabora un plan donde se estipulan los objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000-2010. La formulación de objetivos sanitarios es el punto de partida del proceso de reforma sectorial, cuyos componentes deben articularse para el logro de las metas. De esta forma, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias. Básicamente los cuatro objetivos sanitarios para la década 2000-2010 son mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad; disminuir las

desigualdades y prestar servicios acordes a las expectativas de la población. Por lo tanto, el sistema de salud para Chile aspira a “mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años libres de enfermedad y reducir las desigualdades, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad” Esto implica que el modelo se caracteriza por ser integral, promocional, preventivo, participativo, socioterritorial y orientado a cuidar la salud de las personas (Ministerio de Salud, 2002).

Todos estos cambios han apuntado a incrementar el valor para el usuario o paciente ya que el sector de salud pública toma conciencia de que la gestión debe estar centrada a satisfacer las necesidades y prioridades de los usuarios. Para ello, la organización debe desarrollar una cultura organizacional orientada a los cambios del mercado y al valor del usuario. Acorde a Narver y Slater (1990) y Jaworski y Kohl (1993) la orientación al mercado tiene una justificación económica ya que influye en el sostenimiento de una ventaja competitiva que se traduce en una mayor rentabilidad para la organización. Narver y Slater (1990) comprenden la orientación al mercado como un constructo formado por tres componentes comportamentales: orientación al cliente, orientación a la competencia y coordinación interfuncional.

La teoría de juegos refuerza esta idea sobre la necesidad de contemplar conjuntamente a clientes y competencia: la organización ha de tener presente que en el juego empresarial no sólo participan la empresa y los consumidores. La empresa ha de considerarlos a todos para tener una visión lo más completa posible del terreno de juego, de las reglas y del papel de los jugadores, ya que éstos pueden ser, a su vez, complementarios de su actividad como competidores, lo que lleva a entender el negocio como una simbiosis entre cooperación y competencia (Nalebuff y Brandenburger, 1997) incluyéndose entre las actividades de la orientación al mercado el establecimiento de alianzas y vínculos estables entre la empresa y estos agentes para generar más valor al cliente o usuario.

Como indica Kotler (2001), se puede alcanzar la confianza del consumidor a lo largo del tiempo mediante la manutención de buenas relaciones con los clientes, comerciantes, distribuidores y proveedores. Esto se realiza a través de una promesa, del cumplimiento de la entrega de alta calidad, del ofrecimiento de un buen servicio y precios razonables a lo largo del tiempo.

Por otra parte Valenzuela (2005, p.18) señala que los objetivos de la orientación al valor del usuario apuntan “a la identificación individualizada de cada cliente, la recolección de información sobre el mismo y la implantación de estrategias de marketing personalizadas en busca de mantener relaciones positivas y duraderas con el cliente que permitan la fidelización de éste como base para aumentar la rentabilidad del negocio de la empresa”.

Definir el concepto de “valor para el cliente o usuario” es complicado y por ende, se detecta una denotada heterogeneidad que se explica como consecuencia de la complejidad de la propia noción (Woodruff, 1997).

Si se observa las principales aportaciones conceptuales atendiendo a la tipología establecida por Zeithaml (1988), la mayor parte de ellas están construidas en base a “dar versus recibir”. Esta frase es la que mejor explica el concepto de valor para el cliente, puesto que considera todos los elementos que han de tenerse en cuenta a la hora de valorar un producto o servicio integrando los elementos enfatizados por el resto (Bigné *et al.*, 1997; Zeithaml, 1988).

La definición aportada por Zeithaml (1988, p.14) dice que “el valor percibido puede ser considerando la valoración global que hace el consumidor de la utilidad de un producto sobre la base de las percepciones de lo que entrega y lo que recibe”. También hace una aportación interesante la delimitación conceptual de Holbrook (1999, p.5) la que mantiene que el valor para el cliente es una “experiencia interactiva, relativa y preferencial”.

No existe consenso respecto al tratamiento de la dimensionalidad del valor. Algunas líneas de investigación, a pesar

de concebir el valor como un *trade-off* entre elementos de beneficio y sacrificios (Zeithaml, 1988) a partir de la teoría de medios-fin, o el planteamiento por parte de Woodruff (1997), desde una óptica más estratégica, de un modelo jerárquico de valor. Otra serie de investigaciones consideran incompleta la tradicional concepción utilitarista del valor como *trade-off* entre precio y calidad, por entenderla meramente racional y económica (Sweeney y Soutar, 2001), precisándose que debería recoger algo más que la utilidad funcional (Bloch *et al.*, 1986). Existen interesantes modelos sobre tipos de valor para el consumidor. Entre algunas de las contribuciones se puede destacar el modelo desarrollado por Sheth *et al.* (1991), que implica cinco categorías de valor que pueden ser suministradas por un producto o servicio (ver tabla 1).

Este modelo busca explicar cómo la elección de consumo de un producto o servicio puede estar determinada por uno o varios tipos de valores. Es decir, los cinco valores son inherentes al comportamiento de elección, pero no todos son necesariamente relevantes en el momento de una elección determinada.

La importancia del modelo descansa en que las percepciones de los consumidores aportan información primaria útil para segmentar el mercado, desarrollar productos y servicios e implantar estrategias de marketing. Además, este modelo puede ayudar a predecir elecciones futuras basadas en que el comportamiento surge de las creencias perceptuales y por tanto, sus pensamientos sobre un producto o servicio se podrían utilizar como base para predecir sus futuros comportamientos de compra.

Según Larrea (1991, p. 73) la satisfacción del cliente o usuario es “el resultado de las impresiones recibidas a lo largo de la creación de un servicio menos las expectativas que el cliente trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio”.

Tabla 1
Categorías de valor suministradas por un producto o servicio

CATEGORÍAS DE VALOR	CONCEPTO
- Valor Funcional	Concebido como la utilidad percibida que tiene una alternativa de consumo, por lo general relacionada con el funcionamiento y prestaciones del producto o servicio, fiabilidad, durabilidad y precio.
- Valor Social	Concebido como la utilidad percibida que tiene una alternativa de consumo como resultado de su asociación o disociación con uno o más grupos sociales específicos.
- Valor Emocional	Concebido como la utilidad percibida que tiene una alternativa de consumo como resultado de su capacidad para suscitar sentimientos o estados afectivos.
- Valor Epistemológico	Concebido como la utilidad percibida que tiene una alternativa de consumo como resultado de su capacidad para despertar la curiosidad, aportar novedad o diferencia y/o satisfacer el deseo de conocer.
- Valor Condicional	Concebido como la utilidad percibida que tiene una alternativa de consumo como resultado de la situación específica o el contexto en que se encuentra la persona que ha de tomar decisiones de consumo.

FUENTE: Elaboración propia basada en el modelo de Sheth *et al.* (1991).

Este modelo busca explicar cómo la elección de consumo de un producto o servicio puede estar determinada por uno o varios tipos de valores. Es decir, los cinco valores son inherentes al comportamiento de elección, pero no todos son necesariamente relevantes en el momento de una elección determinada.

La importancia del modelo descansa en que las percepciones de los consumidores aportan información primaria útil para segmentar el mercado, desarrollar productos y servicios e implantar estrategias de *marketing*. Además, este modelo puede ayudar a predecir elecciones futuras basadas en que el comportamiento surge de las creencias perceptuales y por tanto, sus pensamientos sobre un producto o servicio se podrían utilizar como base para predecir sus futuros comportamientos de compra.

Según Larrea (1991, p. 73) la satisfacción del cliente o usuario es “el resultado de las impresiones recibidas a lo largo de la creación de un servicio menos las expectativas que el cliente trajo al entrar en contacto con la actividad de servicio”.

Otros autores afirman que la satisfacción es “la evaluación que realiza el cliente o usuario respecto de un producto o servicio, en términos de si ese producto o servicio ha respondido a sus necesidades y expectativas” (Zeithaml y Bitner, 2002, p. 95). Se puede decir que al no existir un cumplimiento en las necesidades y expectativas del cliente o usuario, se sabe con certeza que el resultado obtenido es la insatisfacción con el servicio recibido. La satisfacción es determinada por características específicas, tales como las dimensiones de la calidad en el servicio, la calidad del producto, el precio, los factores situacionales y factores personales.

3. Metodología

El estudio empírico se ha aplicado a los usuarios y funcionarios del CESFAM Talcahuano Sur, elegido por conveniencia como población para llevar a cabo la investigación. Se ha usado el método de encuesta autoadministrada de doble aplicación para obtener datos primarios tanto de la oferta como la demanda del servicio de salud. Por una parte, se han recogido datos referentes a la percepción de calidad de servicio por parte de los usuarios y por otra, datos de la opinión de los funcionarios con relación a la gestión orientada al valor del usuario y al servicio de calidad otorgado.

Para ello se ha usado el modelo SERVQUAL ya que después de analizar las ventajas y desventajas de diferentes modelos sobre calidad de servicio (SERVPERF, jerárquico multidimensional, CUSAT, técnica del factor incidente crítico, entre otros) se ha concluido que es la mejor opción fundamentada en los siguientes aspectos:

- La cantidad de estudios que avalan su efectividad en la medición de la calidad de servicio.
- El cuestionario que otorgan como guía Zeithaml *et al.*, (1988) no es rígido, como ha sido demostrado en otros estudios, es adaptable según lo que se busque medir. En este caso, como se verá más adelante, el cuestionario ha sido modificado en algunas preguntas y algunas palabras para permitir en el primer caso medir la misma dimensión pero con otros atributos y en el segundo caso, lograr un mayor entendimiento de la pregunta por parte del encuestado.
- Como se explica en el punto anterior es posible influir sobre el cuestionario SERVQUAL y cambiar algunas preguntas para beneficio del estudio. Esto, a diferencia por ejemplo del método CU-SAT, que no especifica una guía que permita orientar los estudios o los cuestionarios a un punto fijo, si no más bien, deja un gran campo de acción para los investigadores que deben realizar una serie de estudios para determinar un cuestionario, asunto que escapa al objetivo y tiempo disponible para realizar el presente estudio.
- La escasa información encontrada acerca del SERVPERF aplicada a estudios en el sector salud complica su uso y su mayor entendimiento.
- La reciente aparición del modelo Jerárquico limita su estudio a fondo y disminuye sus probabilidades de ser aplicado inmediatamente a este estudio. Incluso se puede mencionar también el problema asociado al método CU-SAT, que es la laguna que se crea al no contar con una guía específica que facilite el estudio.

- La salud en el sector público, es el servicio que tiene más tradición en estudios de la calidad del servicio. Bigné *et al.*, (1997) en un estudio comparativo de los instrumentos de medición de la calidad de los servicios públicos, cita varios trabajos realizados en hospitales, en los cuales se utilizaron escalas similares a la escala SERVQUAL que miden las percepciones y expectativas, las cuales se señalan a continuación.
- Carman (1990) identifica 9 factores a partir de 40 ítems: servicio de admisión, elementos tangibles, comida, intimidad, enfermeras, explicación del tratamiento, accesibilidad y cortesía a los acompañantes, planificación posthospitalaria y facturación.
- Babukus y Mangold (1992) a partir de un cuestionario de 15 ítems, identificaron tres factores referidos a las expectativas; dos factores en las percepciones.

La revisión bibliográfica realizada por Bigné *et al.*, (1997), concluye que la filosofía del modelo entre la percepción y las expectativas del consumidor representada en la escala SERVQUAL es la más utilizada en la evaluación de la calidad en tres servicios públicos (transporte, salud y educación universitaria). Las conclusiones también afirman que la escala SERVQUAL tiene validez convergente respecto a las variables calidad global de los servicios y nivel de satisfacción.

En el estudio empírico se ha trabajado con una muestra de usuarios conformada de 110 pacientes y una muestra dirigida a funcionarios de 60 encuestados.

La encuesta a usuarios ha quedado integrada por 5 preguntas sociodemográficas y 44 preguntas sobre la calidad de servicio, basada en la escala SERVQUAL constituida por 22 ítems sobre percepciones y 22 indicadores sobre expectativas, usando para obtener dicha información una escala Likert de cinco puntos, donde

el valor 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y el valor 5 a “totalmente de acuerdo”.

Para la encuesta dirigida a funcionarios se ha usado también una escala Likert de cinco puntos, donde 1 corresponde a “totalmente en desacuerdo” y 5 a “totalmente de acuerdo” quedando la encuesta formada por 15 preguntas que recogen las opiniones y apreciaciones de los funcionarios para medir el grado de orientación al valor del usuario. Para ello, se han usado escalas ya validadas y se ha usado la doble traducción (traducido del inglés al español y viceversa por una persona bilingüe) adaptando las preguntas a los objetivos y sector de esta investigación. Por otra parte, se ha usado previamente un pre *test* para realizar los cambios pertinentes que ayuden a mejorar la comprensión y los objetivos de la encuesta.

Las encuestas se aplicaron durante los meses de junio y julio de 2008. Para el análisis de los datos obtenidos, se utilizó el programa SPSS 15.0. Se realizaron los análisis de datos ausentes, casos atípicos, características psicométricas de la muestra, análisis de fiabilidad, unidimensionalidad y validez de la escala de medida usada. Por último, se realizaron análisis descriptivos univariados y bivariados que permiten determinar qué variables latentes y observadas han tenido mayor influencia en la calidad de servicio y gestión orientada al valor del usuario.

Para cada constructo del modelo SERVQUAL se ha formulado las siguientes hipótesis:

Confiabilidad: habilidad para realizar el servicio de forma fiable y cuidadosa, Zeithaml *et al.*, (1993).

- H1: El tiempo de espera influye negativamente en la calidad de atención percibida por los usuarios
 - H1a: El cumplimiento del servicio en el tiempo prometido aumenta la confiabilidad de los usuarios.
 - H1b: La disminución de errores en el registro de pacientes aumenta la confiabilidad de los usuarios.

Responsabilidad: disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido, Zeithaml *et al.*, (1993).

- H2: La voluntad y disposición de los funcionarios para ayudar a los pacientes influye positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios.
 - H2a: A mayor rapidez de atención entregada aumenta la responsabilidad percibida por los usuarios.
 - H2b: A mayor disposición de los funcionarios aumenta la responsabilidad percibida por los usuarios.

Seguridad: es el conocimiento y atención mostrados por los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (Zeithaml *e. al.*,1993).

- H3: El trato adecuado por parte de los funcionarios del sistema de salud influye positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios.
 - H3a: Las habilidades de los funcionarios aumenta la seguridad percibida por los usuarios.
 - H3b: La confianza percibida por parte de los usuarios aumenta la seguridad percibida por los usuarios.

Empatía: atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores, Zeithaml *et al.*, (1993).

- H4: La atención individualizada entregada por los funcionarios influye positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios.
 - H4a: A mayor interés de los funcionarios por sus pacientes aumenta la empatía percibida por los usuarios.
 - H4b: Los horarios de atención del centro de salud influye positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios.

Tangibilidad: se refiere a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y los materiales de comunicación (Zeithaml *et al.*, 1993).

- H5: La adecuada infraestructura de los organismos de salud influye positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios.
 - H5a: La apariencia pulcra de los funcionarios aumenta la calidad de atención percibida por los usuarios.
 - H5b: La apariencia moderna de las instalaciones físicas y material asociado aumenta la calidad de atención percibida por los usuarios.

Con relación a la oferta de servicio de salud se han formulado las siguientes hipótesis basadas en el modelo de gestión orientado al valor del usuario (Valenzuela, 2008).

- H6: El CESFAM Talcahuano Sur realiza una gestión orientada al valor del usuario.
 - H6a: El CESFAM Talcahuano Sur mantiene actualizado el conocimiento sobre los usuarios.
 - H6b: El CESFAM Talcahuano Sur evalúa sistemáticamente el servicio y la satisfacción de los usuarios.
 - H6c: El CESFAM Talcahuano Sur toma decisiones estratégicas basadas en el valor de los usuarios.
 - H6d: En el CESFAM Talcahuano Sur existe cultura organizacional orientada al usuario.

El criterio usado para determinar el tamaño mínimo requerido para la muestra es de 5 observaciones para cada parámetro de estimación del modelo (Hair *et al.*, 2006). Para este estudio el número de parámetros usado en la encuesta aplicada a los usuarios es 22, por lo tanto, el tamaño mínimo requerido para la muestra es de 110 observaciones. Las respuestas repetidas, los casos atípicos y los cuestionarios incompletos fueron controlados, formando una muestra final de 110 casos, es decir, la tasa de respuesta representa

un 0,3031 (número total de usuarios = 36.259/número total de encuestados = 110).

Las encuestas aplicadas a funcionarios están conformadas por 15 ítems, por lo tanto, el tamaño mínimo requerido para la muestra es de 60 observaciones. Las respuestas repetidas, los casos atípicos y los cuestionarios incompletos fueron controlados, formando una muestra final de 60 casos, es decir, la tasa de respuesta representa un 0,5172 (116 funcionarios en planilla/60 encuestas completas).

Con la información obtenida del instrumento SERVQUAL se procede a calcular, percepciones (P) menos las expectativas (E) para cada pareja de afirmaciones. De esta comparación se pueden obtener tres posibles situaciones:

- Que las expectativas sean mayores que las percepciones: entonces se alcanzan niveles bajos de satisfacción usuario en el establecimiento, produciéndose una brecha.
- Que las expectativas sean menores que las percepciones: los pacientes alcanzan niveles de satisfacción altos.
- Que las expectativas igualen a las percepciones: entonces los niveles de satisfacción para el servicio prestado por la institución son modestos.

4. Resultados

Para el análisis de fiabilidad se ha usado el Coeficiente Alfa de Cronbach, el cual muestra un nivel de consistencia interna de la escala positivo como se observa en las tablas 2 y 3.

Tabla 2

Análisis de fiabilidad del instrumento SERVQUAL aplicado (expectativas v/s percepciones)

	ALFA DE CRONBRACH α
Expectativas	0,954
Percepciones	0,912

FUENTE: Elaboración propia.

Tabla 3

Análisis de confiabilidad para los ítems de expectativas, percepciones y dimensiones de SERVQUAL

ALFA DE CRONBACH GLOBAL: 0,939					
ÍTEMS	A		DIMENSIONES	A*	
	PERCEPCIÓN	EXPECTATIVA		PERCEPCIÓN	EXPECTATIVA
P1	0,938	0,937	Confiabilidad	0,837	0,875
P2	0,937	0,937			
P3	0,938	0,937			
P4	0,938	0,937			
P5	0,938	0,937			
P6	0,938	0,936	Responsabilidad	0,762	0,896
P7	0,938	0,937			
P8	0,937	0,937			
P9	0,938	0,937			
P10	0,936	0,937	Seguridad	0,726	0,913
P11	0,938	0,938			
P12	0,938	0,938			
P13	0,937	0,937			
P14	0,936	0,938	Empatía	0,808	0,901
P15	0,937	0,937			
P16	0,937	0,937			
P17	0,938	0,937			
P18	0,939	0,938			
P19	0,938	0,937	Tangibles	0,724	0,754
P20	0,938	0,939			
P21	0,937	0,939			
P22	0,937	0,937			

FUENTE: Elaboración propia.

El análisis de fiabilidad arroja valores elevados del coeficiente alfa de Cronbach como puede observarse en tabla 2. Estos coeficientes son mayores a 0,9; tanto para las percepciones como para las expectativas lo que indica una alta homogeneidad y equivalencia de respuesta de todos los ítems a la vez y para todos los usuarios encuestados. Los valores obtenidos en la tabla 3, tanto para expectativas y percepciones son considerados muy satisfactorios, demostrándose así que la escala posee unos índices de consistencia interna más que satisfactoria. Por lo tanto, el instrumento usado puede ser considerado como fiable para determinar la calidad del servicio que brinda el CESFAM Talcahuano Sur.

El análisis de fiabilidad para la encuesta aplicada a los funcionarios se muestra en la tabla 4.

Tabla 4
Análisis de confiabilidad para los ítems

ALPHA DE CRONBACH GLOBAL 0,837			
ITEMS	A	VARIABLES LATENTES	A
P1	0,827	Conocimiento sobre el cliente	0,735
P2	0,815		
P3	0,831		
P4	0,821		
P5	0,834		
P6	0,826	Evaluación del intercambio del valor	0,703
P7	0,816		
P8	0,841		
P9	0,831		
P10	0,821	Decisiones estratégicas basadas en el valor del cliente	0,754
P11	0,829		
P12	0,836		
P13	0,821		
P14	0,827	Cultura organizacional orientada al cliente	0,722
P15	0,831		

FUENTE: Elaboración propia.

El análisis de fiabilidad arroja un Alpha de Cronbach global de 0,837, además muestra valores elevados para cada ítem analizado. Estos valores indican una alta homogeneidad y equivalencia de respuesta de todos los ítems a la vez y para todos los funcionarios encuestados. Los valores obtenidos para cada una de las variables latentes son valores satisfactorios según Hair *et al.* (2006) corroborando la consistencia interna y homogeneidad dentro de cada una de los constructos usados en la encuesta aplicada a los funcionarios del CESFAM Talcahuano Sur. Por otra parte, el análisis descriptivo señala que el 60% de las preguntas tiene como media 4 puntos (de acuerdo) y el 40% restante de las preguntas tienen como media 3 puntos (neutro), esto demuestra que los funcionarios del CESFAM en estudio, en general perciben que hacen un buen trabajo, con la observación que podría mejorar bastante para entregar mayor valor a los usuarios.

Las dimensiones según el instrumento SERVQUAL, que los usuarios identificaron como las más importantes para evaluar la calidad del servicio, fueron seguridad (23,9%) y tangibilidad (20,25%), considerando en último lugar de importancia la dimensión empatía (16,5%).

En la presente investigación se ha encontrado que las cinco dimensiones de calidad se encuentran en un nivel de insatisfacción siendo la confiabilidad la que obtiene un mayor puntaje de insatisfacción y en segundo lugar la empatía. La dimensión que se encuentra con menor insatisfacción es la dimensión tangibilidad.

Con relación a las hipótesis formuladas en este estudio la hipótesis 1: se puede analizar en la subhipótesis (a) de acuerdo a la brecha obtenida de (-1,53), valor que demuestra que los usuarios perciben que el no cumplir el servicio en el tiempo prometido disminuye la calidad prestada por parte de los funcionarios del CESFAM, por lo que, la subhipótesis (a) no se rechaza, analizando la subhipótesis (b) los usuarios exponen con una brecha negativa de 1,12 puntos que los errores en el registro de pacientes hace disminuir la calidad entregada, de acuerdo a esto la subhipótesis (b) no se rechaza. Finalmente de acuerdo al resultado negativo que

arroja la dimensión de (-1,19), refleja que existe insatisfacción, por lo tanto el tiempo de espera afecta negativamente en la calidad de atención percibida por los usuarios del CESFAM Talcahuano Sur, lo que implica que la hipótesis se corrobora. La hipótesis 2: la subhipótesis (a) no se rechaza ya que de acuerdo con la brecha negativa de 1,11 puntos demuestra que los usuarios perciben que los funcionarios al no entregar un servicio con prontitud influye de forma negativa en la calidad entregada por el CESFAM, la subhipótesis (b) muestra con valores negativos que la disposición de los funcionarios influye en como perciben la calidad los usuarios por lo que no se rechaza la subhipótesis. Finalmente la hipótesis 2 se corrobora, de acuerdo al resultado negativo que arroja la dimensión, refleja que existe insatisfacción por parte de los usuarios, por lo que la voluntad y disposición de los funcionarios influiría positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios del CESFAM Talcahuano Sur. Para la hipótesis 3: en el análisis de esta hipótesis la sub-hipótesis (a) no se rechaza ya que las brechas demuestran que los usuarios perciben que las habilidades prestada por los funcionarios del CESFAM les influye positivamente en su seguridad, por otra parte, la subhipótesis (b) no se rechaza ya que de acuerdo con los valores entregados en la brecha la confianza es un punto fundamental dentro de la seguridad percibida por los usuarios e influye fuertemente en la calidad que reciben estos. Por último la hipótesis se corrobora, de acuerdo a lo que demuestra las subhipótesis planteadas y al resultado negativo que arroja la dimensión de (-0,93) puntos, la cual refleja que existe insatisfacción por parte de los usuarios y que el trato adecuado de parte de los funcionarios del sistema de salud influiría positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios del CESFAM Talcahuano Sur. La hipótesis 4: de acuerdo a la subhipótesis (a) el interés que demuestran los funcionarios por las necesidades de los usuarios influye fuertemente en la empatía de estos por lo que la subhipótesis no se rechaza, con respecto a los horarios del CESFAM en la subhipótesis (b) los valores que entrega la brecha son negativo y

muy altos esto producto a que los usuarios deben acudir muy temprano para tomar las horas por lo que es un malestar para ellos en este caso la subhipótesis no se rechaza, ya que una mejora en este aspecto para usuarios aumentaría la calidad percibida por ellos. Finalmente la hipótesis se corrobora, considerando el resultado de las subhipótesis planteadas y de acuerdo al resultado negativo que arroja la dimensión, la cual refleja que existe insatisfacción, entonces la atención individualizada entregada por los funcionarios influiría positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios del CESFAM Talcahuano Sur. Con relación a la hipótesis 5: en este análisis la subhipótesis (a) no se rechaza considerando que para los usuarios la apariencia de los funcionarios es de gran importancia por lo que si esto se cumple influye de forma positiva en la calidad percibida por los usuarios, en la subhipótesis (b) no se rechaza, ya que la apariencia moderna del CESFAM aumenta la percepción de la calidad entregada a los usuarios. Por último la hipótesis 5 se corrobora, de acuerdo al resultado de las subhipótesis planteadas y al valor negativo que arroja la dimensión (-0,53), siendo ésta la con mejor puntuación dentro de las dimensiones, aunque aun manteniéndose negativa refleja que existe insatisfacción, por lo que se concluye que la adecuada infraestructura de los organismos de salud influye positivamente en la calidad de atención percibida por los usuarios.

Con relación a los funcionarios la encuesta realizada arroja valores positivos siendo un promedio general de la encuesta 4,27 puntos de un máximo de 5 puntos. La hipótesis 6: de acuerdo a la subhipótesis (a) con una media de 4,38 puntos los funcionarios del CESFAM perciben que mantienen actualizado el conocimiento sobre los usuarios, esto se realiza a través de las actualizaciones de las fichas de los pacientes, además mencionan que ellos entregan una atención individualizada a cada paciente y la confianza necesaria a los usuarios por lo que la subhipótesis (a) no se rechaza, la sub- hipótesis (b) con una media de 4,24 puntos los funcionarios del CESFAM muestran una preocupación por evaluar

sistemáticamente el servicio y satisfacción recibida por los usuarios, esto se realiza mediante evaluaciones periódicas de los puntos fuertes y débiles de la unidad o a través del nivel de compromiso con sus pacientes por lo que la subhipótesis (b) no se rechaza, la subhipótesis (c) con un valor promedio de 4,31 puntos muestra que los funcionarios perciben que el CESFAM Talcahuano Sur toma decisiones estratégicas basadas en el valor del usuario, considerando que en el centro de salud no existen las listas de espera producto de las decisiones estratégicas, además mencionan que tratan de mantener los registros exentos de errores y toman acciones correctivas cuando perciben que los usuarios están descontentos con la calidad recibida, por lo que la subhipótesis (c) no se rechaza, la subhipótesis (d) con un valor promedio de 4,13 puntos los funcionarios del CESFAM perciben que en el centro de salud existe una cultura organizacional orientada al usuario esto se demuestra manteniendo programas o políticas para mantener sin listas de espera las unidades y gestionar para que la información de los usuarios se encuentre disponible para todas las unidades del CESFAM, por lo que la subhipótesis (d) no se rechaza. Finalmente la hipótesis se corrobora, de acuerdo a los resultados de las subhipótesis presentadas, es decir, que los funcionarios perciben que el CESFAM realiza una gestión orientada al valor del usuario. Tomando todos los ítems de la encuesta aplicada a los funcionarios se ha obtenido un valor promedio de 4 puntos aproximadamente, lo que refleja que los funcionarios evalúan de manera positiva la gestión que se está desempeñando, pero consideran que se debe seguir trabajando para mejorar aún más. Asimismo, se ha podido determinar que el trato otorgado por el personal del CESFAM Talcahuano Sur es el que provoca un mayor efecto sobre la calidad percibida por el usuario.

Los funcionarios señalan que hoy en día los usuarios están más informados y que en la mayoría de las unidades no existen listas de espera y que si existen son para exámenes especializados que no

están al alcance del CESFAM, por lo que deben realizarse interconsultas y ser derivados al Hospital Las Higueras.

5. Conclusiones y recomendaciones

Diferentes estudios han sido realizados para determinar las dimensiones de calidad que crean satisfacción en los usuarios de los sistemas de salud, los resultados difieren en cantidad y contenido, sin embargo coinciden en que la calidad en el servicio depende de la percepción del usuario en cuanto al trato que reciben y no necesariamente de la efectividad del tratamiento recibido. Esto como consecuencia de que son pocos los pacientes que poseen el conocimiento técnico necesario para poder evaluar el tratamiento recibido y por lo que asumen competitividad del proveedor de servicios.

La percepción de la calidad en el servicio es variable y dependiente, factores tales como experiencias con servicios anteriores y el momento en el tiempo, pueden afectar el juicio emitido por los pacientes. La investigación revela que la satisfacción de los usuarios está estrechamente ligada a la consecución de objetivos organizacionales. Dicho de otro modo, los procesos de gestión y su orientación han de someterse a evaluación y mejora continua con el objetivo de procurar la satisfacción de los clientes de la organización. A través del estudio empírico se corrobora que varios de los factores de gestión que inciden en la percepción de calidad están relacionados con una filosofía de gestión centrada en el valor del usuario. Por lo tanto, se torna fundamental que se implementen desafíos de equipos, gestión y desarrollo de nuevas capacidades con el fin de incrementar las respuestas a las demandas por salud y dirigir los esfuerzos a otorgar un mayor valor al usuario.

Con respecto a los resultados de la evaluación de los usuarios encuestados el valor de la brecha es negativo, por lo tanto refleja que los encuestados esperaban más acerca de la experiencia

de lo que en realidad percibieron o recibieron. Las expectativas de los usuarios son más altas a lo que perciben en su atención, por lo que existe una insatisfacción generalizada en todas las dimensiones evaluadas en la encuesta aplicada. Por otro lado, los funcionarios del CESFAM en estudio perciben que ellos entregan una buena atención a sus usuarios. Esto produce una ambigüedad entre ambas partes y por ende, se debe mejorar los canales de comunicación entre el CESFAM y sus usuarios. En resumen, los resultados obtenidos reflejan que los pacientes perciben la calidad de los servicios de salud en términos de la manera en que el servicio es entregado y no el nivel de competitividad técnica del proveedor de los servicios. Por esta razón, para poder satisfacer las expectativas de los pacientes, los centros de salud deben ofrecer un trato con respeto y dignidad, teniendo los servicios necesarios disponibles en el momento indicado y brindando atención personalizada, flexible y oportuna a cada usuario.

Respecto a la hipótesis 1, se sugiere seguir trabajando en la disminución de los tiempos de espera, es necesario revisar constantemente los registros y bases de datos para disminuir errores en el registro de pacientes. Fundamental es la implementación de un *call-center* para recordar y confirmar las horas otorgadas. Además se debería educar a los pacientes a que deben avisar en caso fortuito no puedan asistir con el objeto de reasignar esa hora perdida.

Con relación a las hipótesis 2, se sugiere según los resultados obtenidos que los CESFAM a lo largo de Chile deben integrar al personal para llegar a una atención más cordial, promover la humanización del trato incorporando en su trabajo diario el concepto de usuario como persona única, con derechos y deberes.

Para la hipótesis 3, se recomienda mejorar las habilidades y conocimiento continuo de los funcionarios para inspirar mayor credibilidad ya que son atributos importantes para mejorar la satisfacción de los usuarios. Conjuntamente mejorar la entrega de información al usuario y a la comunidad en general con apoyo de

monitores comunitarios y soporte informativo como boletines, volantes, afiche, entre otros.

Con respecto a la hipótesis 4, la atención individualizada juega un papel fundamental a la hora de evaluar la calidad, como también los horarios por lo que es necesario instar al personal a cumplir con sus horarios de atención establecidos, para mejorar la percepción de los tiempos de espera y así aumentar la satisfacción de los usuarios. Del mismo modo trabajar en la atención entendiendo que cada paciente es un ser individual y que posee distintas medidas, prioridades y requerimientos de salud. Para ello, es fundamental establecer protocolos de procedimientos y que sean concensuados y sociabilizados a las personas que trabajan directamente con el usuario.

Referente a la hipótesis 5, es necesario mejorar la infraestructura, apariencia pulcra de los funcionarios se considera que la apariencia moderna de las instalaciones físicas y material asociado aumenta la calidad de atención percibida por los usuarios. Como otra medida se podría mejorar la comodidad de las salas de espera para ofrecer detalles orientados a hacer más placentera (menos difícil) la espera de los usuarios como por ejemplo: televisión, música, revistas, diarios, etcétera. Aparte de mejorar y mantener una limpieza adecuada de los servicios higiénicos.

Para a la hipótesis 6 dirigida a los funcionarios si bien se corrobora y es bien evaluada por los funcionarios es preciso mejorar aún más con la finalidad de realizar una gestión orientada al valor del usuario. Es importante que los CESFAM mantengan actualizado el conocimiento sobre los pacientes, evalúen sistemáticamente el servicio y la satisfacción usuario. Otro aspecto relevante es que se debe trabajar en la cultura organizacional, lo que no es tarea fácil, ya que por lo general las personas son renuentes al cambio por falta de conocimiento sobre el tema, miedos, capacidades, motivación, etcétera. Por lo tanto, se debe fortalecer continuamente la capacitación en temas pertinentes que mejoren la calidad y gestión orientada al valor del usuario a profesionales y funcionarios del

sector salud. Al mismo tiempo desarrollar instrumentos de incentivo y de reconocimiento del desempeño laboral para los funcionarios y promover la incorporación de conductas y ambientes saludables en los funcionarios que contribuyan a mejorar la calidad de vida.

Por otra parte, se propone conformar un comité de calidad, que haga un análisis minucioso y permanente de los procesos de atención, identificando deficiencias y formulando medida de intervención para el mejoramiento de la calidad de atención. Como una posible mejora de la gestión satisfacción de los usuarios es recomendable realizar trabajos multidisciplinarios, ya que esto permitiría generar una visión más holística de la realidad a través de miradas complementarias que consideren las distintas dimensiones de las brechas negativas que ha arrojado el instrumento utilizado en este estudio. Lo interdisciplinario tiene como finalidad lograr que los elementos constituyentes de varias disciplinas se integren entre sí, en forma coordinada y tratando de comprender las acciones que otorgan valor a los usuarios de un centro de salud primaria.

Particularmente, para el CESFAM bajo estudio es primordial ordenar los ejes de desarrollo del servicio, tomando las experiencias de los establecimientos que han experimentado avances en la gestión. Fortalecer la incorporación del modelo de atención en salud integral con enfoque familiar y comunitario, optimizando la relación entre el CESFAM Talcahuano Sur y otros CESFAM de Talcahuano y el Hospital Las Higueras. Por último, desarrollar un sistema de seguimiento de gestión definiendo criterios de calidad, mecanismos de control y planes de mejora. La continúa monitorización del CESFAM Talcahuano Sur por medio de encuestas a los pacientes sobre la calidad de atención adicionando preguntas abiertas donde puedan expresar lo que sienten y proponer sugerencias.

Referencias

- BABUKUS, E., W. MANGOL (1992), "Adapting the Servqual scale to hospital service: an empirical investigation", *Health Services Research*, Feb, 26 (6), pp. 767-786.
- BIGNE, J., M. MOLINER, T. VALLET y J. SANCHEZ (1997), "Un estudio comparativo de los instrumentos de medición de calidad de los servicios públicos", *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, Sep, 1(1) pp. 33-53.
- BLOCH, P.H., D. SHERRELL y N. RIDGWAY (1986), "Consumer search: an extended framework", *Journal of Consumer Research*, 13, pp. 119-126.
- CARMAN, J. (1990), "Consumer perceptions of service quality: An assessment of the Servqual dimensions", *Journal of Retailing*, (66.1) pp. 33-35.
- DONABEDIAN, A. (1990 (a)), "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad" *Salud Pública*, España, 78, pp. 3-6
- DONABEDIAN, A. (1990 (b)), "Garantía y monitoreo de la calidad de la Atención Médica". *Revista del Instituto de Salud Pública: Perspectivas*, (1º ed.), México.
- HAIR, J., R. ANDERSON, R. TATHAM y W. BLACK (2006), "*Multivariate data analysis*", Ed. Prentice Hall, (6º ed.) pp. 1- 899.
- HOLBROOK, M.B. (1999), "*Consumer Value. A Framework for Analysis and Research*", Londres: Routledge.
- JAWORSKI, B.J. y A.K. KOHLI (1993), "Market Orientation; Antecedents and Consequences", *Journal of Marketing*, 57, pp. 53-70.
- KOTLER, P. (2001), "Marketing", (8º ed.). Ed. Pearson Educación, México.
- LARREA, P. (1991), "Calidad de Servicio. Del marketing a la estrategia". Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- MINISTERIO DE SALUD (2002), "Objetivos sanitarios y modelo de salud para la década 2000-2010", Documento Oficial, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Enero 2002.

- NALEBUFF, B. J. y A.M. BRANDENBURGER (1997), "Competición", Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- NARVER, J. y S. SLATER, S. (1990), "The Effect of a Market Orientation on Business Profitability", *Journal of Marketing*, 54, pp. 20-35.
- SHETH, J., B. NEWMAN y B. GROSS (1991), "Why we buy what we buy: A theory of consumption values", *Journal of Business Research*, 22, pp. 159-170.
- SWEENEY, J.C. y G.N. SOUTAR (2001), "Consumer Perceived Value: The Development of a Multiple Item Scale", *Journal of Retailing*, 77, pp. 203-207.
- VALENZUELA L. (2005), "Filosofía empresarial y del marketing orientada en el valor del cliente", *Horizontes Empresariales*, Nov, 4, pp. 17-30.
- VALENZUELA L., y E. TORRES (2008). "Gestión empresarial orientada al valor del cliente como fuente de ventaja competitiva", *Estudios Gerenciales*, 24(109), pp.65-86 Octubre-Diciembre de 2008.
- WOODRUFF, R. B. (1997), "Customer Value: The Next Source for Competitive Advantage", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 25 (2), pp. 139-153.
- ZEITHAML, V. A. (1988). "Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence". *Journal of Marketing*, 52, pp. 2-22.
- ZEITHAML, V. y M. BITNER (2002), "Marketing de servicios, un enfoque de integración del cliente a la empresa" (2ª ed.). Ed. McGraw-Hill, México.
- ZEITHAML, V., A. PARASURAMAN y L. BERRY (1993), "Calidad total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores", Ed. Díaz de Santos, Madrid, pp. 205:237.