



UNIVERSIDAD  
**SAN IGNACIO  
DE LOYOLA**

## **ESCUELA DE POSTGRADO**

**Doctorado en Administración, Mención en Dirección Estratégica**

# **CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ**

**Tesis para optar el grado de Doctor en Administración, Mención en  
Dirección Estratégica**

**RICARDO ALBERTO ALIAGA GASTELUMENDI**

**Asesor:**

**Dr. Luis Alberto Lizárraga Pérez**

**Lima – Perú**

**2019**

CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS  
DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ

Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi

Aprobada por los miembros del jurado:

-----  
Dr.

Presidente

-----  
Dr.

Miembro

-----  
Dr.

Miembro

-----  
Dr. Luis Lizárraga Pérez

Asesor

## Dedicatoria

**A mi esposa Letty**, quien gracias a su amor, apoyo incondicional y paciencia, ha permitido que llegue a culminar la presente tesis doctoral.

**A mi amada hija Gianella**, por ser mi razón de vida y por perdonarme el no haber podido estar presente en diversos momentos por dedicar tiempo a la ciencia.

**A mis padres**, por haberme enseñado a que la perseverancia, sumada a una sonrisa, pueden ser juntas la mejor llave para abrir las puertas que conducen a los diversos caminos que nos depara la vida.

**A mis hermanos**, quienes siempre creyeron en mí y me han permitido entrar en el corazón de cada una de sus familias.

## Agradecimientos

El presente trabajo de investigación fue posible gracias al decidido apoyo de diversas personas quienes, con su sapiencia, han contribuido a la consecución del grado doctoral.

A cada uno de ellos, mi eterno agradecimiento:

- Al Dr. Luis Lizárraga Pérez, mi asesor de tesis, por su orientación, consejos y sugerencias.
- A la Dra. Niria Goñi Ávila quien, como profesora de metodología de la investigación, me introdujo en el apasionante mundo de la investigación científica relacionado con las ciencias sociales, así como por aceptar ser parte del equipo de expertos que permitió realizar la validez de contenido del cuestionario utilizado.
- Al Dr. Frank Lizarazo Soto, quien aceptó ser parte del equipo de expertos que permitió realizar la validez de contenido del cuestionario utilizado.
- Al Dr. Edmundo González Zavaleta, quien aceptó ser parte del equipo de expertos que permitió realizar la validez de contenido del cuestionario utilizado.
- Al Mg. Carlos Soto Linares, quien aceptó ser parte del equipo de expertos que permitió realizar la validez de contenido del cuestionario utilizado.
- Al Mg. José Garay Uribe, quien aceptó ser parte del equipo de expertos que permitió realizar la validez de contenido del cuestionario utilizado.
- A mi hermana Nathalie, por su inmenso apoyo en la llevar a cabo las entrevistas en profundidad.
- A mis compañeros del doctorado quienes, con sus importantes aportes y críticas constructivas, permitieron que se enriquezca la presente tesis doctoral.
- Al laboratorio farmacéutico Pharmaris, por haberme permitido hacer compatible mis actividades laborales con el desarrollo de la tesis doctoral.

It's worth picking a philosophy that's self-correcting.

The antidote to junk science is more science, good science. Science is a self-correcting process, where transparency leads to improvement.

The antidote to bad engineering is more engineering. Engines and bridges run better today than they did a hundred years ago.

The antidote to blind obedience to unexamined edicts and principles, though, is *not* more obedience. It doesn't self correct. It gets worse.

**The antidote (Seth Godin, 2018)**

## Resumen

En la literatura científica se puede encontrar que existe una vasta investigación sobre la relación entre la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad. Los resultados obtenidos han demostrado tres tipos de relaciones: (a) la calidad de servicio como precursora de la satisfacción y la lealtad, (b) la satisfacción como precursora de la calidad así como de la lealtad, y (c) la calidad de servicio y la satisfacción influyen en la lealtad de igual manera; sin embargo, no se ha encontrado publicaciones sobre la influencia de estos tres constructos en el servicio de consulta externa de las clínicas.

El objetivo principal de la investigación fue el determinar la influencia entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú a través de un modelo teórico utilizando técnicas cualitativas y cuantitativas.

Como resultado de la investigación, se concluyó que la calidad de servicio influye en la satisfacción y esta, a su vez, influye en la lealtad en el servicio de consulta externa de las clínicas del Perú. Adicionalmente, la calidad de servicio es un constructo que presenta dos dimensiones: calidad técnica y calidad funcional. A su vez, la dimensión calidad funcional presenta seis subdimensiones: (1) fiabilidad, (2) empatía, (3) capacidad de respuesta, (4) competencias, (5) elementos tangibles y (6) estacionamiento.

Palabras clave:

Calidad de servicio, satisfacción, lealtad, usuarios, pacientes, clientes, consumidores, insights del consumidor, consulta externa, servicio ambulatorio, clínicas, hospitales privados, servicios de salud.

## Abstract

In the scientific literature, it can be found a vast information about the relationship between service quality, satisfaction and loyalty. The results obtained have shown three types of relationships: (a) service quality as a precursor of satisfaction and loyalty, (b) satisfaction as a precursor of quality and loyalty, and (c) in the same way, service quality and satisfaction influencing loyalty; however, no publications have been found about the influence of these three constructs in the outpatient service of the clinics.

The main objective of the research was to determine the influence between service quality, satisfaction and loyalty of outpatient service users of the clinics in Peru through a theoretical model using qualitative and quantitative techniques.

As a result of the investigation, it was concluded that service quality influences satisfaction and this, in turn, influences the loyalty in the outpatient service of the clinics in Peru. Additionally, service quality is a construct that has two dimensions: technical quality and functional quality. In turn, functional quality dimension has six subdimensions: (1) reliability, (2) empathy, (3) responsiveness, (4) competences, (5) tangibles and (6) parking.

### Keywords:

Service quality, satisfaction, loyalty, users, patients, clients, consumers, customer insights, external service, outpatient service, clinics, private hospitals, health care services.

## Tabla de Contenidos

Lista de Tablas .....	xii
Lista de Figuras .....	xv
Lista de Apéndices .....	xvi
Capítulo I: Introducción .....	01
1.1    Antecedentes del problema .....	01
1.2    Definición del problema .....	06
1.3    Preguntas de investigación .....	07
1.4    Objetivos de investigación .....	08
1.5    Justificación .....	08
1.6    Viabilidad .....	10
Capítulo II: Marco Teórico .....	12
2.1    Calidad de Servicio .....	12
2.1.1    Definición de calidad de servicio .....	12
2.1.2    Dimensiones y medición de la calidad de servicio .....	15
2.2    Satisfacción del cliente .....	19
2.2.1    Definición de satisfacción del cliente .....	19
2.2.2    Satisfacción del cliente en el contexto de los servicios de salud .....	23
2.2.3    Situación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el Perú .....	29
2.2.4    Dimensiones y medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud .....	32
2.3    Lealtad de los usuarios .....	37
2.4    Modelos de relación entre calidad, satisfacción y lealtad .....	40

2.4.1	La calidad de servicio como precursora de la satisfacción y la lealtad de los usuarios de los servicios de salud .....	40
2.4.2	La satisfacción como precursor de la calidad de servicio y la lealtad de los usuarios de los servicios de salud .....	46
2.4.3	La calidad de servicio y la satisfacción del usuario influyen a la lealtad de igual manera .....	47
2.5	Modelo teórico de investigación .....	48
2.6	Hipótesis de Investigación .....	49
2.7	Operacionalización de las variables .....	51
Capítulo III: Metodología .....		54
3.1	Tipo de la investigación .....	54
3.2	Diseño de investigación .....	58
3.3	Investigación cualitativa .....	59
3.3.1	Proceso de muestreo .....	60
3.3.1.1	Definición de la población .....	60
3.3.1.2	Tamaño de la muestra .....	60
3.3.1.3	Selección de los elementos de la muestra .....	61
3.3.2	Recolección de datos .....	63
3.3.2.1	Diseño de instrumento para obtener datos .....	63
3.3.2.2	Aplicación del instrumento .....	64
3.3.2.3	Trabajo de campo .....	64
3.3.3	Procesamiento y análisis de datos .....	65
3.3.3.1	Procesamiento de datos .....	65
3.3.3.2	Análisis de datos .....	65
3.3.4	Resultados .....	69

3.4	Investigación cuantitativa .....	73
3.4.1	Proceso de muestreo .....	73
3.4.1.1	Definición de la población .....	75
3.4.1.2	Tamaño de la muestra .....	78
3.4.1.3	Selección de los elementos de la muestra .....	83
3.4.2	Recolección de datos .....	85
3.4.2.1	Diseño de instrumento para obtener datos .....	85
3.4.2.2	Aplicación del instrumento .....	105
3.4.2.3	Trabajo de campo .....	105
3.4.3	Procesamiento y análisis de datos .....	106
3.4.3.1	Procesamiento de los datos .....	106
3.4.3.2	Análisis de datos .....	107
3.4.3.2.1	Consideraciones del análisis de fiabilidad .....	107
3.4.3.2.2	Consideraciones del análisis descriptivo .....	109
3.4.3.2.3	Consideraciones del análisis inferencial .....	111
3.4.3.2.4	Consideraciones del Análisis Factorial Exploratorio (AFE) .....	114
3.4.3.2.5	Consideraciones del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).....	120
Capítulo IV: Análisis y Discusión de Resultados .....		126
4.1	Análisis descriptivo de datos .....	126
4.1.1	Características demográficas .....	126
4.1.2	Estadísticos descriptivos de las variables .....	127
4.1.3	Prueba de medias con las variantes intervinientes .....,.....	128
4.2	Evaluación del modelo teórico: Análisis Factorial Exploratorio (AFE) ..	133
4.3	Validación del modelo teórico: Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante ecuaciones estructurales .....	137

4.3.1	Modelo sujeto a contraste .....	137
4.3.2	Ajuste del modelo .....	139
4.4	Prueba de hipótesis .....	140
4.5	Discusión de resultados .....	145
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones .....		149
5.1	Conclusiones .....	149
5.2	Recomendaciones .....	150
5.3	Implicancias para futuras investigaciones .....	151
Referencias .....		152
Apéndices .....		172

## Lista de Tablas

Tabla 1. Resumen de la revisión bibliográfica sobre definición de la calidad de la servicio .....	14
Tabla 2. Resumen de la revisión bibliográfica sobre las dimensiones de la calidad funcional .....	20
Tabla 3. Definiciones conceptuales sobre satisfacción del usuario publicadas en la literatura científica .....	24
Tabla 4. Resumen de la revisión bibliográfica sobre definición de la satisfacción del cliente en el contexto de los servicios de salud .....	28
Tabla 5. Variables de resultado relacionados con la satisfacción del cliente .....	34
Tabla 6. Resumen de la revisión bibliográfica sobre las dimensiones de la satisfacción del usuario .....	35
Tabla 7. Resumen de la revisión bibliográfica sobre la medición de la lealtad .....	41
Tabla 8. Operacionalización de las variables .....	52
Tabla 9. Insights del consumidor identificados en las entrevistas en profundidad .....	66
Tabla 10. Agrupación de insights con significados iguales o similares .....	70
Tabla 11. Insights del consumidor relacionados con la calidad de servicio en la consulta externa .....	73
Tabla 12. Agrupación de los insights según su relación con las dimensiones de la calidad de servicio .....	74
Tabla 13. Clínicas con mayor poder resolutivo en Perú .....	77
Tabla 14. Flujo de concurrentes a clínicas de mayor poder resolutivo en el Perú .....	79
Tabla 15. Distribución relativa de la concurrencia diaria de las clínicas por turno .....	82
Tabla 16. Tamaño de muestra por turno .....	84

Tabla 17. Determinación del tamaño de muestra por turno y cálculo del intervalo de muestreo (k) .....	86
Tabla 18. Ítems para evaluación de la calidad de servicio en la consulta externa de las clínicas: insights + revisión de la literatura .....	88
Tabla 19. Ítems del cuestionario inicial para evaluar calidad de servicio, satisfacción y lealtad .....	91
Tabla 20. Detalle de coeficiente V de Aiken asignados por los jueces .....	96
Tabla 21. Coeficiente V de Aiken del instrumento .....	100
Tabla 22. Ítems considerados y reenumerados luego de la validación de contenido ...	101
Tabla 23. Distribución de la muestra según características demográficas .....	127
Tabla 24. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio .....	128
Tabla 25. Prueba de medias con la variable interviniente género .....	129
Tabla 26. Prueba de medias con la variable interviniente etapa de edad .....	130
Tabla 27. Prueba de medias con la variable interviniente estado civil .....	131
Tabla 28. Prueba de medias con la variable interviniente nivel de instrucción .....	132
Tabla 29. KMO y prueba de esfericidad de Bartlett .....	133
Tabla 30. Varianza total explicada .....	134
Tabla 31. Dimensiones y subdimensiones de la calidad de servicio .....	135
Tabla 32. Alfa de Cronbach global del instrumento .....	136
Tabla 33. Función mínima de discrepancia de la muestra .....	139
Tabla 34. Índices relativos de ajuste .....	139
Tabla 35. Índices no basados en la centralidad .....	140
Tabla 36. Pesos de las regresiones del modelo hipotético bajo evaluación (modelo de la presente investigación): Relaciones entre variables .....	141
Tabla 37. Prueba de hipótesis: relaciones entre constructos .....	142

Tabla 38. Pesos de las regresiones del modelo hipotético bajo evaluación (modelo de la presente investigación): Relaciones entre los constructos con covarianzas significativas .....	142
---	-----

## Lista de Figuras

Figura 1. Dimensiones de la calidad de servicio desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry .....	16
Figura 2 Dimensiones de la calidad de servicio desarrollado por Grönroos .....	18
Figura 3. Grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016 .....	30
Figura 4. Grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016, por sectores .....	30
Figura 5. Grado de insatisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016 .....	31
Figura 6. Grado de insatisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016, por sectores .....	31
Figura 7. Calidad de servicio como precursora de la satisfacción y la lealtad .....	45
Figura 8. Satisfacción del usuario como precursor de la calidad de servicio y lealtad..	47
Figura 9. Calidad de servicio y la satisfacción influyen en la lealtad de igual manera .....	48
Figura 10. Modelo de análisis particular sobre la relación entre calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios respecto al servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú .....	50
Figura 11. Ilustración de tres cartas de insights en donde se consigna el insight del consumidor con su respectivo contrapolo .....	65
Figura 12. Modelo inicial sujeto a contraste .....	138
Figura 13. Modelo resultado final sobre la relación entre calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú .....	144

## Lista de Apéndices

Apéndice A. Matriz de consistencia .....	172
Apéndice B. Fundamento científico del uso de la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly .....	173
Apéndice C. Proceso de aplicación de la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly .....	177
Apéndice D. Ficha de entrevista en profundidad .....	179
Apéndice E. Ficha de registro de flujo de visitas a clínicas .....	180
Apéndice F. Breve reseña académico-profesional de los expertos .....	182
Apéndice G. Oficio dirigido a expertos y tabla de calificación .....	185
Apéndice H. Calificación de los expertos .....	187
Apéndice I. Cuestionario utilizado en la prueba piloto .....	197
Apéndice J. Cuestionario final .....	202

## **Capítulo I: Introducción**

En este primer capítulo se exponen las investigaciones científicas más relevantes sobre la relación entre las variables calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios de los servicios de salud. Adicionalmente, se identificó la brecha existente entre lo encontrado en la revisión de la literatura y lo que se desea investigar. Acto seguido, se procedió a describir la problemática presente en el sector privado de la salud en el Perú y los objetivos de la presente investigación doctoral.

### **1.1. Antecedentes del Problema**

Pai y Chary (2016), en su investigación sobre la medición de la percepción del paciente sobre la calidad de servicio, indican que el conocimiento de los gerentes de las instituciones de salud sobre los factores de la calidad de servicio es un importante elemento para el mejoramiento continuo de la calidad. Por su parte, Ahmed, Tarique y Arif (2017) señalaron que la información relacionada con la calidad de servicio, la satisfacción del paciente y la lealtad pueden ser utilizadas en la gestión de la calidad. Añaden estos autores que, si bien los pacientes que se atienden en las clínicas se encuentran más satisfechos con el servicio de salud recibido así como son más leales que los pacientes que se atienden en los hospitales, en ambos tipos de instituciones se requiere prestar atención a las necesidades de los pacientes, a la satisfacción y a la lealtad.

En relación a la asociación encontrada entre la calidad de servicio y la satisfacción, Andaleeb (2001), llevó a cabo una investigación sobre la percepción de la calidad de servicio y su relación con la satisfacción del paciente, el cual fue llevado a cabo en 57 hospitales y clínicas en la ciudad de Dhaka, Bangladesh, se utilizó el análisis factorial y el análisis de regresión múltiple. Se encontró que existe una significativa

asociación entre las dimensiones de la calidad de servicio con la satisfacción de los pacientes. En esta misma línea se encuentra la investigación de Zarei, Daneshkohan, Pouragha, Marzban y Arab (2015), quienes realizaron una investigación sobre la relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del paciente, fue realizado en pacientes que habían sido hospitalizados en ocho clínicas en Tehran, Iran, para el análisis de los datos se utilizó la prueba t, ANOVA y regresión multivariante. Se encontró una fuerte relación entre la calidad de servicio con la satisfacción del paciente.

Sobre la relación causal entre la calidad de servicio y la satisfacción, Kang y James (2004) investigaron la influencia de la calidad de servicio sobre la satisfacción en usuarios de teléfonos celulares en Corea utilizando el modelo de ecuaciones estructurales. Los hallazgos fueron que las dimensiones calidad funcional y calidad técnica influyen en la calidad de servicio y que la calidad de servicio influye en la satisfacción. Por su parte, Choi, Lee, Kim y Lee (2005) llevaron a cabo su investigación para evaluar la influencia de la calidad de servicio en la satisfacción de pacientes, la cual se desarrolló en pacientes ambulatorios de un hospital general localizado en Sungnam, Seúl, Corea, se aplicó el análisis factorial confirmatorio a través del modelo de ecuaciones estructurales. Los resultados indicaron que existe una relación causal entre la calidad de servicio y la satisfacción de los pacientes. Resultados similares obtuvieron Vergara y Maza (2018) cuando concluyen, al evaluar el sistema de salud de la ciudad de Cartagena de Indias (Colombia) utilizando un modelo de ecuaciones estructurales, que la calidad de servicio influye en la satisfacción del paciente.

En relación a la asociación encontrada entre la satisfacción del paciente y la lealtad, Kondasani y Panda (2015) investigaron la correlación entre estos dos constructos en usuarios de las clínicas en Bhubaneswar e Hyderabad, India, se utilizó el análisis factorial y el análisis de correlación y regresión. Entre las conclusiones del

estudio se encuentra que existe una asociación positiva entre la satisfacción del paciente y la lealtad.

Por su parte, sobre relación causal entre la satisfacción de los pacientes y la lealtad, Meesala y Paul (2018) realizaron una investigación en 40 clínicas de Hyderabad, India, utilizando un modelo de ecuaciones estructurales. Estos autores encontraron que la satisfacción del paciente influye en la lealtad con la clínica. Similares resultados fueron encontrados en la investigación realizada por Kasiri, Cheng, Sambasivan y Sidin (2016) utilizando un modelo de ecuaciones estructurales aplicados a servicios de salud, hoteleros y de educación en Malasia. Se obtuvo una fuerte influencia de la satisfacción sobre la lealtad.

Por otro lado, la asociación encontrada entre la calidad de servicio, la satisfacción del paciente y la lealtad, Kian y Heng (2015) desarrollaron un estudio exploratorio sobre los factores que influyen en a la satisfacción del paciente y su impacto en la lealtad del paciente. Este estudio fue llevado a cabo en pacientes hospitalizados en clínicas de Malasia en el marco del turismo médico (pacientes extranjeros que buscan tratamiento en países diferentes a su lugar de residencia), se utilizó análisis de fiabilidad y correlación de Pearson. Entre los resultados obtenidos se encuentran que existe una relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del paciente, así como una relación entre la satisfacción del paciente y la lealtad. Asimismo, Shabbir, Malik y Malik (2016) desarrollaron una investigación a usuarios de dos hospitales y cinco clínicas de la ciudad de Islamabad, Pakistan, se utilizó el análisis de correlación y el análisis de regresión. Se halló que la calidad de servicio se correlaciona con la satisfacción, la satisfacción se correlaciona con la lealtad así como que la calidad se correlaciona con la lealtad. En otro estudio, Arab, Tabatabaei, Rashidian, Forushani y Zarei (2012), investigaron el efecto de la calidad de servicio en la lealtad de los pacientes

hospitalizados de ocho clínicas de Tehran, Iran, se realizó un análisis factorial exploratorio y análisis de regresión. Se obtuvo que la calidad de servicio se correlaciona con la lealtad de los pacientes. Por su parte, Ahmed et al., (2017) en su investigación realizada para evaluar la diferencia entre hospitales y clínicas sobre la percepción de la calidad de servicio, satisfacción y lealtad, incluyeron a 204 usuarios de hospitales y clínicas en Bangladesh. Como resultado, estos autores obtuvieron que la percepción de los usuarios solteros sobre los aspectos tangibles, fiabilidad, empatía y la lealtad se correlacionan más con el servicio brindado en las clínicas que en los hospitales. Adicionalmente, los usuarios de las clínicas perciben un mejor desempeño de la calidad de servicio que los usuarios de los hospitales. Asimismo, Fatima, Malik y Shabbir (2018) en su investigación llevada a cabo para evaluar la relación entre la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad en usuarios del servicio de consulta externa y del servicio de hospitalización en clínicas en Islamabad y Rawalpindi, Pakistan, incorporaron 611 usuarios del servicio de consulta externa y hospitalización de seis clínicas ubicadas en Islamabad y Rawalpindi, Pakistan. Estos autores concluyeron que la calidad de servicio se correlaciona con la satisfacción, la satisfacción se correlaciona con la lealtad así como la calidad de servicio se correlaciona con la lealtad.

Finalmente, respecto a la relación causal entre la calidad de servicio, la satisfacción del paciente y la lealtad, Mbuthia y Thaddaeus (2015) investigaron la relación entre estos tres constructos en la clínica universitaria de Aga Khan de Nairobi, Kenya utilizando, para esto, el modelo de ecuaciones estructurales. Hallaron que la calidad de servicio influye en la satisfacción de los pacientes, la satisfacción, a su vez, influye en la lealtad y, finalmente, la calidad de servicio influye en la lealtad. En esta misma línea, Chaabouni y Abednadhher (2014), evaluaron la influencia de la calidad de servicio en la satisfacción y la lealtad de los pacientes internados en hospitales de

Túnez. Se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales para evaluar la relación e influencia entre estos constructos. Los hallazgos encontrados fueron que la calidad percibida influye en la satisfacción, la satisfacción influye en la lealtad, así como que la calidad percibida influye directamente en la lealtad. Por su parte, Choi, Cho, Lee, Lee y Kim (2004), en su investigación utilizando un modelo de ecuaciones estructurales desarrollado para evaluar el servicio de los prestadores de salud en Corea del Sur, llegaron a establecer que la calidad de servicio influye de manera positiva y significativa en la satisfacción de los pacientes, la satisfacción influye directamente en la lealtad así como que la calidad de servicio influye directamente en la lealtad del paciente. Asimismo, Lei y Jolibert (2012) llevaron a cabo una investigación con la finalidad de evaluar el sistema de salud de Shangai, China, se utilizó el modelo de ecuaciones estructurales y determinaron que la calidad de servicio influye fuertemente y de manera positiva en la satisfacción, la satisfacción influye fuertemente y de manera positiva en la lealtad; sin embargo, la calidad de servicio percibida no influye directamente en la lealtad.

Lei y Jolibert (2012) señalan que, citando la investigación llevada a cabo por Hennig-Thurau y Kee en 1977, existen tres modelos teóricos que evalúan las relaciones entre estos tres constructos: primero, la calidad de servicio es precursora de la satisfacción y la lealtad, segundo, la satisfacción es precursora de la calidad de servicio y la lealtad y, tercero, la calidad y la satisfacción influyen a las intenciones de lealtad de igual manera; sin embargo, si bien se ha estudiado la relación e influencia entre estos tres constructos en diversos sectores incluyendo salud, dentro de este último sector se ha investigado la influencia a nivel del servicio de consulta externa y hospitalización en hospitales; sin embargo, pese a la extensa revisión de la literatura, no se ha encontrado publicación científica alguna que haya investigado la influencia entre la calidad de

servicio, la satisfacción y la lealtad en el contexto de la consulta externa de las clínicas en el Perú ni en ninguno otro país.

De esta manera, existe una oportunidad de realizar un estudio cualitativo y cuantitativo con la finalidad de evaluar el nivel de calidad, el nivel de satisfacción y el grado de lealtad de los usuarios respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú, así como evidenciar la influencia existente en estos tres constructos.

## **1.2. Definición del Problema**

Al realizar la revisión de la literatura publicada, se encontró que existe una descripción de la relación entre los constructos calidad de servicio y satisfacción contradictorias cuando se señala que la calidad de servicio precede a la satisfacción, así como que la satisfacción precede a la calidad. A modo de ilustración de esto se puede citar a Anderson, Fomell y Lehmann (1994) cuando señalan que la satisfacción viene condicionada, entre otros, por el nivel de calidad de servicio percibido por los usuarios o la investigación realizada por Lim y Tang (2000) en donde manifiestan que la satisfacción conduce a la calidad de servicio. Es más, Johnson y Russell (2015) manifiestan que algunos estudios no hacen diferencia alguna entre los constructos calidad de servicio y satisfacción.

Por otro lado, si bien en el sector salud se han realizado estudios sobre calidad y satisfacción, estos se han enfocado principalmente en el sector público y los escasos estudios llevados a cabo en el sector privado, como lo señalan Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal y Espinoza-Henao (2016), no suelen ser de conocimiento de la población. Más específicamente, en relación a la satisfacción de los usuarios del servicio ambulatorio de las instituciones de salud, como indican Ham, Peck, Moon y Yeom (2015), la investigación sobre la satisfacción del paciente se ha enfocado principalmente en

pacientes hospitalizados o pacientes de atención primaria de la salud mientras que brindaron una limitada atención a los pacientes ambulatorios de la consulta externa. En esta misma línea, Johnson, Russell y White (2016) señalan que la mayoría de los estudios académicos sobre la calidad de servicio se han centrado en hospitales públicos así como en pacientes hospitalizados.

Lo anteriormente descrito evidencia el estudio de la relación entre la calidad de servicio, satisfacción y lealtad en la consulta externa y en hospitalización en clínicas y hospitales, así como el estudio de la influencia de estos tres constructos en el servicio de consulta externa y hospitalización en hospitales; sin embargo, pese a la extensa revisión de la literatura, no se ha encontrado publicación científica alguna que haya investigado la influencia entre la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad en el contexto de la consulta externa de las clínicas en el Perú ni en ninguno otro país.

### **1.3. Preguntas de Investigación**

#### **1.3.1. Pregunta general.**

¿Cuál es la relación e influencia entre la calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?

#### **1.3.2. Preguntas específicas.**

- ¿Cuáles son las dimensiones de la calidad de servicio de la consulta externa de las clínicas en el Perú?
- ¿Cuál es la relación e influencia entre la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?
- ¿Cuál es la relación e influencia entre la satisfacción y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?

- ¿Cuál es la relación e influencia entre la calidad de servicio y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?

#### **1.4. Objetivos de Investigación**

##### **1.4.1 Objetivo general.**

Determinar la relación e influencia entre la calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú.

##### **1.4.2 Objetivos específicos.**

- Identificar las dimensiones de la calidad de servicio de la consulta externa de las clínicas en el Perú.
- Determinar la relación e influencia entre la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú.
- Determinar la relación e influencia entre la satisfacción y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú.
- Determinar la relación e influencia entre la calidad de servicio y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú.

#### **1.5. Justificación**

##### **1.5.1. Justificación teórica.**

Desde el punto de vista teórico, la presente investigación tuvo como principal justificación que los resultados del estudio cualitativo y cuantitativo permitió contribuir a identificar las variables relacionadas con la calidad de servicio las cuales, sumadas a las encontradas en la revisión de la literatura científica, permitió conocer cuáles son las dimensiones de la calidad de servicio de la consulta externa de las clínicas.

Adicionalmente, se obtuvo información sobre la forma en que se relacionan e influyen

los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad en la consulta externa de las clínicas en el Perú.

Esta contribución se materializará al poner en consideración de la comunidad científica los hallazgos obtenidos durante cada una de las fases del presente estudio ya que, tal cual lo referido por Cournand (1978), al tener los científicos el derecho a estar informados, es un deber ético que el investigador haga público los resultados de su investigación.

### **1.5.2. Justificación práctica.**

El aporte de la presente investigación es la identificación de la relación e influencia entre la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad en el contexto de la consulta externa de las clínicas de atención general de mayor poder resolutivo del Perú. De esta manera, a nivel práctico, el aporte será de utilidad a la comunidad científica toda vez que este trabajo podrá ser tomado como base para el desarrollo de nuevas líneas de investigación sobre las relaciones e influencias entre la calidad de servicio, satisfacción y lealtad. Asimismo, esta investigación será de utilidad a la comunidad académica ya que los resultados de la investigación podrían ser utilizados en las asignaturas relacionadas con la gestión y el marketing de servicios de salud, incluyendo customer insights.

Por otro lado, el aporte práctico de esta investigación será de utilidad a los profesionales de la salud, en especial a los médicos. Esto debido a que podrían desarrollar competencias dirigidas brindar un servicio de salud de calidad que redunde en la satisfacción y lealtad de los usuarios de la consulta externa de las clínicas. Del mismo modo, los resultados de esta investigación serán de utilidad a los gerentes de las clínicas debido a que, como lo señalan Kondasani y Panda (2015), en el actual

altamente competitivo sector salud, los gerentes tienen la necesidad de medir su desempeño financiero y no financiero para mejorar el funcionamiento e incrementar su competitividad. De esta manera, al llegar a identificar las dimensiones de la calidad que más influyen en este constructo, así como llegar a conocer la forma en que se relacionan e influyen la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad de los usuarios de la consulta externa en las clínicas, estas podrían ser optimizadas y utilizadas como un factor de diferenciación que permita trazar la estrategia que incremente el nivel de competitividad de la clínica. Finalmente, estos resultados serían de utilidad también del directorio de las clínicas debido a que, como lo menciona Hunt y Morgan (1997) al describir la teoría ventaja en recursos (resource-advantage theory), el objetivo final buscado por las instituciones privadas es el desempeño financiero superior en el largo plazo. Así, al tener usuarios satisfechos y leales, se podría obtener un incremento en las ventas así como una mejora en los márgenes de utilidad.

## **1.6. Viabilidad**

### **1.6.1. Viabilidad técnica.**

- El investigador contó con los recursos económicos y logísticos para poderla desarrollar.
- Al ser la base de datos del Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS) una fuente pública, se tuvo acceso a la base de datos que conforman las clínicas de atención general de mayor poder resolutivo del Perú que fueron incluidas en el presente estudio.
- Al haberse desarrollado los cuestionarios fuera de las instalaciones de las clínicas, no se necesitó de permisos especiales para la aplicación de los mismos.

### **1.6.2. Delimitaciones.**

- Delimitación temporal: el estudio ha abarcado el periodo comprendido entre los años 2015 y 2018.
- Delimitación espacial: el ámbito geográfico abarca aquellos lugares en donde se ubican las clínicas de atención general de mayor poder resolutivo en el Perú inscritas en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS). Según este registro, las clínicas se encuentran ubicados en los departamentos de Lima, Lambayeque, La Libertad y Cusco.
- Delimitación social: usuarios de la consulta externa mayores de 20 años de edad, independientemente del género, estado civil y nivel de instrucción de los participantes.

### **1.6.3. Limitaciones.**

- Disposición de los usuarios de la consulta externa para responder el cuestionario luego de salir de las clínicas.
- El tiempo de los usuarios de la consulta externa para responder el cuestionario luego de salir de las clínicas.
- En la mayoría de los casos, los cuestionarios fueron aplicados en lugares abiertos (en la calle). De esta manera, se estuvo expuesto a factores externos que podían interferir con una comunicación fluida entre el encuestador y el usuario de los servicios de salud.

## **Capítulo II: Marco Teórico**

En el presente capítulo se expone el marco teórico recopilado durante la revisión de la literatura científica. De esta manera, la estructura teórica abarca del desarrollo de las definiciones, dimensiones y formas de medición de la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad. Adicionalmente, se exponen los modelos teóricos de la relación entre estos tres constructos.

### **2.1 Calidad de Servicio**

Zamil y Shammot (2011), señalan que el cliente es el juez final de la calidad del producto, el servicio o la información y que, en el caso del sector privado, los gerentes están preocupados en muchos aspectos relacionados con el cliente como la lealtad y la retención. En esta misma línea, Devlin y Dong (1994), citado por Kondasani y Panda (2015), señalaron que calidad de servicio se ha convertido en un tema importante en la relación de obtener ganancias, ahorro en costos y participación de mercado, mientras que Ahmed et al. (2017), refieren que los pacientes cada vez más demandan servicios de alta calidad, los cuales afectan no solamente a los pacientes sino también a sus familiares y amigos. Por su parte, Chaabouni y Abednnadher (2014) indican que para tener éxito o incluso sobrevivir en un cambiante entorno de la salud, es importante proveer a los beneficiarios del sistema con un servicio que cumpla o exceda sus expectativas y conocer los planes necesarios para construir un excelente servicio.

#### **2.1.1 Definición de calidad de servicio.**

De acuerdo con Gummesson en 1992, como se cita en Ahmed et al. (2017), la calidad difiere entre las organizaciones de servicio y las organizaciones manufactura de productos. Así, mientras las primeras encuentran que la calidad de servicio es más

difícil de manejar y de medir que la calidad de producto debido a que el servicio es intangible, en las organizaciones de manufactura la calidad de producto es tangible y medible a través de la inspección de posibles defectos en el producto final.

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) señalan que la calidad de servicio representa a la calidad percibida, la cual va a influenciar en el juicio del cliente sobre la excelencia general de la entidad.

Dedeke (2003) indica que la calidad de servicio es la capacidad de cumplir y exceder los resultados que el prestador y el cliente mutuamente encontraron durante la prestación del servicio. Grönroos (1984) definió a la calidad de servicio como el juicio resultante del proceso de evaluación de los clientes en donde estos comparan sus expectativas con lo que ellos han percibido del servicio. En esta misma línea, en 1985, Parasuraman, Zeithaml y Berry (como se cita en Edura, & Rashid, 2009), refieren que la calidad de servicio puede ser definida como la diferencia entre el servicio esperado (expectativas del cliente) y el servicio percibido (percepción del cliente). Lim y Tang (2000) precisan que las expectativas son los deseos de los consumidores sobre lo que el proveedor del servicio debería ofrecer, mientras que las percepciones se refieren a la evaluación del cliente sobre el proveedor del servicio.

Eleuch (2011) refiere que la percepción de la calidad de servicio en salud es una evaluación acerca del servicio brindado al paciente y si fue el más apropiado para producir el mejor resultado que se pudo haber esperado. Aagja y Garg (2010) menciona que la calidad de servicio en salud es la discrepancia entre la percepción y las expectativas del usuario sobre los servicios que brinda el hospital.

En la tabla 1 se resume las diversas definiciones sobre calidad de servicio encontradas en la literatura científica arbitrada:

Tabla 1.

*Resumen de la Revisión Bibliográfica sobre Definición de la Calidad de Servicio.*

Investigadores	Definiciones de Calidad de Servicio
Grönroos (1984)	Juicio resultante del proceso de evaluación de los clientes en donde estos comparan sus expectativas con lo que ellos han percibido del servicio.
Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)	Diferencia entre el servicio esperado (expectativas del cliente) y el servicio percibido (percepción del cliente).
Dedeke (2003)	Capacidad de cumplir y exceder los resultados que el prestador y el cliente mutuamente encontraron durante la prestación del servicio.
Aagja y Garg (2010)	Discrepancia entre la percepción y las expectativas del usuario sobre los servicios que brinda el hospital.
Eleuch (2011)	Evaluación acerca del servicio brindado al paciente y si fue el más apropiado para producir el mejor resultado que se pudo haber esperado.

En el 1993, Grönroos indicó (como se cita en Kang, & Oh, 2015) que en el contexto de los servicios de salud, la calidad de servicio implica la manera en que el servicio médico es brindado así como lo que actualmente están recibiendo los usuarios, algo que se conoce como calidad funcional y calidad técnica, respectivamente. En 2007, Wang y Hj señalan que la calidad funcional se refiere a la manera en que se entrega el servicio al cliente y que, específicamente en el contexto de los servicios de salud cuando se evalúa la calidad de servicio, los pacientes suelen confiar en aspectos funcionales (instalaciones, limpieza, calidad de los alimentos, las actitudes del personal) en lugar de los aspectos técnicos. Lo anterior puede ser explicado debido a que, como concluyen Fitzpatrick y Hopkins (1983), muchos pacientes no están seguros sobre qué esperar de estos servicios de salud. En esta misma línea, Panchapakesan, Prakash y Rajendran (2015) manifiestan que, debido a la naturaleza de fe o credibilidad de los servicios de salud, la mayoría de los pacientes carecen de los conocimientos técnicos para evaluar

eficazmente los diversos aspectos de la atención proporcionada a ellos. Por otra parte, En 1997, Lam (como se cita en Wang, & Hj, 2007) precisa que la calidad técnica se refiere a la base de la precisión técnica y los procedimientos. De esta manera, en el contexto de los servicios de salud, esta se define sobre la base de la precisión técnica de los diagnósticos y procedimientos médicos o el cumplimiento de las especificaciones profesionales. Finalmente, Johnson et al. (2016) señalan que típicamente los pacientes evalúan la calidad de servicio de forma experimental; es decir, sobre la base de las percepciones del servicio, mientras que los médicos y los reguladores tienden a evaluarlo basados en la calidad técnica, la cual mide aspectos específicos de los procedimientos médicos y de los resultados clínicos del tratamiento.

### **2.1.2 Dimensiones y medición de la calidad de servicio.**

Existe una perspectiva general en que la calidad de servicio es un constructo multidimensional o multiatributo (Parasuraman et al., 1985, 1988). En 1966 el Dr. Avedis Donabedian (como se cita en Ayanian, & Markel, 2016) publicó su investigación sobre la evaluación de la calidad de la atención médica, la cual se ha convertido en uno de los artículos de salud pública más citados de los últimos cincuenta años. En esta publicación el Dr. Donabedian refiere que, para evaluar la calidad en los servicios de salud, esta debe ser evaluada utilizando la tríada estructura (configuración del establecimiento, calificación de los proveedores y sistemas administrativos a través de los cuales la atención se lleva a cabo), proceso (componentes de la atención entregada) y resultado (recuperación, restauración de la función y sobrevivencia)

En 1988, los investigadores norteamericanos Parasuraman, Zeithaml y Berry elaboraron un instrumento para evaluar la calidad de servicio denominado SERVQUAL. Estos autores evalúan este constructo calidad de servicio a través de la

medición de expectativas y percepciones de las siguientes cinco dimensiones: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (ver Figura 1).



*Figura 1:* Dimensiones de la calidad de servicio desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry.

Ahmed et al. (2017) señalan que los aspectos tangibles se refieren a las instalaciones, herramientas y equipos utilizados para brindar el servicio así como la apariencia del personal. La fiabilidad es la habilidad de brindar el servicio de manera confiable y exactamente como desea el cliente (Parasuraman et al., 1985). La capacidad de respuesta se refiere a la complacencia y disposición para ofrecer un pronto servicio (Parasuraman et al., 1985). La seguridad hace referencia al conocimiento, cortesía y habilidad para transmitir credibilidad y confianza (Ahmed et al., 2017). La empatía se refiere al cuidado, conocimiento de las demandas del usuario así como la atención individualizada brindada (Ahmed et al., 2017).

Cronin Jr. y Taylor (1992) realizan una investigación para validar un método alternativo al SERVQUAL para la operacionalización de la calidad de servicio percibido. De esta manera, validan el cuestionario SERVPERF el cual, a diferencia del SERVQUAL que evalúa expectativas y percepciones, solamente evalúan las percepciones de los usuarios del servicio. De esta manera, se reduce en 50% el número de variables a medir.

En 1984, el investigador finlandés Christian Grönroos postula que la calidad de servicio tiene tres dimensiones denominadas calidad funcional, calidad técnica e imagen. La calidad funcional corresponde al desempeño o funcionamiento expresivo de un servicio, mientras que la calidad técnica es resultado del “know how” de la organización e implica soluciones técnicas, habilidades técnicas de los trabajadores, etc. Por su parte, la imagen hace referencia a la imagen corporativa, la cual es el resultado de cómo los consumidores perciben la empresa (ver Figura 2). En esta misma línea, Kang y James (2004) señalan que en la calidad funcional se refiere a cómo se presta el servicio, mientras que la calidad técnica hace referencia a lo que el cliente percibe como resultado del proceso. En ciertos tipos de servicios (como es el caso del sector salud), el aspecto técnico y los resultados inmediatos del tratamiento pueden ser difíciles de evaluar para un paciente. Finalmente, estos mismos autores señalan que una favorable y bien conocida imagen es un activo para cualquier organización. Si un prestador de servicios tiene una imagen positiva en la mente de los usuarios, los errores menores serán perdonados. Si la imagen del prestador de servicios es negativa, el impacto de cualquier error a menudo será magnificado en la mente del usuario. De esta manera, la imagen puede ser vista como un filtro en términos de la percepción de calidad de los usuarios.



*Figura 2:* Dimensiones de la calidad de servicio desarrollado por Grönroos.

De acuerdo con Choi et al. (2004), SERVQUAL es la escala más utilizada para la medición de calidad de servicio. Algo que Dean (2015) también rescata al mencionar que SERVQUAL se ha convertido en una herramienta primaria para medir la calidad de servicio funcional en el sector servicios, incluyendo a los servicios de salud. Por otro lado, Richard y Allawat (1993), citado por Kang y James (2004), mencionan que una de las críticas que ha recibido SERVQUAL ha sido el punto en que el instrumento principalmente se enfoca en el proceso de prestación del servicio. Agregan que, utilizar solo los atributos que explican y/o predicen el comportamiento del cliente, pueden ser una mala especificación de la calidad de servicio y tener una baja validez predictiva. Kang y James (2004) señalan que el foco en los atributos de la calidad funcional alude a la perspectiva americana mientras que la perspectiva europea sugiere que la calidad de servicio considera dos componentes adicionales: calidad técnica e imagen. Estos autores señalan que, pese a que los desarrolladores del SERVQUAL inicialmente sugieren que

la calidad de servicio posee una dimensión funcional (procesos) y una dimensión técnica (resultados), este instrumento no incluye ninguna medición de la dimensión calidad técnica. Kang y James (2004) señalan, además, que la calidad técnica puede ser difícil de evaluar en los servicios de salud. Por este motivo, los usuarios confían en los atributos de la calidad funcional asociados con el proceso de prestación del servicio como la fiabilidad o empatía para evaluar la calidad.

Para Buyukozkan, Cifci y Guleryuz (2011), la calidad de servicio presenta seis dimensiones: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y profesionalismo. Los resultados de esta investigación señalan que la dimensión más importante es la empatía así como que el profesionalismo y la fiabilidad son igualmente importantes para el desempeño de la calidad de servicio en el hospital. Por otro lado, Kang y Oh (2015) en su investigación para evaluar la percepción de calidad en los servicios médicos de ayuda diagnóstica, evaluaron las siguientes dimensiones: tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y privacidad. Por su parte, Zarei et al. (2015) evaluaron la calidad de servicio en pacientes hospitalizados en clínicas a través de cuatro dimensiones: calidad del entorno, calidad del proceso, calidad de interacción y costos. Finalmente, Choi et al. (2005), investigaron la calidad de servicio en pacientes ambulatorios de hospitales y evaluaron las siguientes dimensiones: tangibles, conveniencia del proceso de atención, relacionada con el médico y relacionada con el personal. En la Tabla 2 se resumen las dimensiones de la calidad funcional halladas en la literatura científica.

## **2.2 Satisfacción del Cliente**

### **2.2.1 Definición de satisfacción del cliente.**

En un nivel transaccional, la satisfacción del cliente proporciona información en lo que

Tabla 2.

*Resumen de la Revisión Bibliográfica sobre las Dimensiones de la Calidad Funcional.*

Investigadores	Target de Evaluación	Dimensiones de la Calidad Funcional							
		Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Elementos tangibles	Costos	Privacidad	Profesionalismo
Parasuraman et al. (1988)	Usuarios del sector servicio	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Elementos tangibles			
Choi, Lee, Kim y Prakash (2005)	Usuarios ambulatorios de hospitales	Relacionada con el médico	Conveniencia del proceso de atención		Relacionada con el personal	Tangibles			
Cronin Jr y Taylor (1992)	Usuarios del sector servicio	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Elementos tangibles			
Buyukozkan, Cifci y Guleryuz (2011)	Usuarios servicio hospitalario	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Elementos tangibles			Profesionalismo
Kang y Oh (2015)	Pacientes ambulatorios servicio de ayuda diagnóstica	Fiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía	Tangibles		Privacidad	
Zarei et al. (2015)	Usuarios hospitalizados en clínicas	Calidad del proceso			Calidad de interacción	Calidad del entorno	Costos		

respecta a la experiencia de una persona en relación a un determinado bien o servicio; es decir, es una evaluación y juicio del cliente sobre la experiencia de compra o consumo de un bien o servicio específico (Zarei et al., 2015). Lee y Lee (2013) mencionan que la satisfacción general está en función de los beneficios resultantes del consumo del bien o servicio, es una evaluación y juicio del cliente relacionado con todas las experiencias de compra o consumo de un bien o servicio específico. Indican, además, que diversas investigaciones sobre la satisfacción del cliente se han enfocado en la relación entre la satisfacción y el comportamiento real del cliente y que lo natural sería enfocarse en la satisfacción del cliente acumulada más que en la satisfacción en una transacción específica ya que esto proporcionará un valor más exacto de apego del cliente para el consumo futuro de un producto o servicio.

Fornell (1992) menciona que la literatura sobre satisfacción / insatisfacción del cliente sugiere que la satisfacción es una evaluación general poscompra. Oliver (2010), citado por Giese y Cote (2002), establece que la satisfacción es la respuesta a la realización del consumidor. Es un juicio sobre una característica de un producto / servicio o el producto o servicio en sí, brindando un nivel de placer de realización relacionado con el consumo, incluyendo niveles de baja y alta realización. Westbrook y Reilly (1983), citado por Giese y Cote (2002), definen satisfacción del consumidor como una respuesta emocional a las experiencias proporcionadas y asociadas con la compra de un producto o servicio en particular, punto de venta o incluso patrones agradables de conducta como el comportamiento de compra. Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987), referido por Giese y Cote (2002), conceptualizaron la satisfacción del consumidor como un sentimiento desarrollado a partir de una evaluación de la experiencia de uso. Westbrook (1987), citado por Giese y Cote (2002), establece que las respuestas afectivas y emocionales predicen la satisfacción del cliente. De esta manera,

sugiere que los informes de los consumidores sobre su estado afectivo pueden ser complementario a la medición de la evaluación cognitiva de un producto en la predicción de su satisfacción.

Según la mayoría de modelos, los juicios de satisfacción son resultados afectivos de un elaborado proceso cognitivo en el cual los consumidores comparan el desempeño actual de un producto con algún estándar interno (Dubé, & Schmitt, 1991). En este sentido, Mano y Oliver (1993), referido por Giese y Cote (2002), indican que tanto las evaluaciones evocadas del producto así como las emociones se presumen de ser componentes significativos y concurrentes en la formación de las respuestas de satisfacción del consumidor.

Halstead, Hartman y Schmidt (1994), citado por Giese y Cote (2002), definieron a la satisfacción del consumidor como una respuesta afectiva transacción-específica resultante de la comparación que realiza el cliente sobre el desempeño del producto con algún estándar de compra. Day (1984), citado por Giese y Cote (2002), indica que es casi universalmente aceptado en la literatura que la satisfacción / insatisfacción del consumidor es la respuesta del cliente, en una experiencia particular de consumo, a la evaluación a la discrepancia percibida entre expectativas previas (o alguna otra norma de desempeño) y el desempeño real del producto percibido después de su adquisición. Asimismo, Tse y Wilton (1988), referido por Giese y Cote (2002), definen satisfacción del cliente como la respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre las expectativas previas (o alguna norma o desempeño) y el desempeño real del producto tal como lo percibe después de su consumo.

Por otro lado, Giese y Cote (2002) realizaron una revisión de la literatura sobre investigación de la satisfacción de los clientes y examinaron veinte definiciones utilizadas durante un periodo de treinta años. Si bien las definiciones contienen

significativas diferencias en la definición de satisfacción, todas estas comparten tres elementos en común: la satisfacción del cliente es una respuesta (emocional o cognitiva), la respuesta está relacionada a un foco en especial (expectativas, producto, experiencia de consumo, etc.) y la respuesta ocurre en un momento en particular (después del consumo, después de la elección, basada en la experiencia acumulada, etc.). En la Tabla 3 se muestran las definiciones conceptuales plasmadas en esta revisión.

### **2.2.2 Satisfacción del cliente en el contexto de los servicios de salud.**

En el ámbito de la salud, paciente se define como la persona que padece física y corporalmente y, especialmente, quien se halla bajo atención médica (Diccionario de la Lengua Española, 2018). Derivada del Latín, el término paciente significa alguien que sufre. Por siglos, los médicos han utilizado este término para referirse a las personas que se encuentran bajo su cuidado (Naseem, Balon, & Khan, 2001); sin embargo, según lo indica Shevell (2009), existe una dicotomía prevalente entre los términos paciente y cliente, con términos subsidiarios como consumidor o usuario frecuentemente sustituido por clientes. La palabra cliente, para denotar al beneficiario de la atención de salud, tuvo su origen a mediados del siglo XX y fue específicamente seleccionada para evitar la connotación de estar enfermo o con una enfermedad (Shevell, 2009). Priego (1995) menciona que paciente es el nombre con el cual tradicionalmente se reconoce a una persona bajo cuidados médicos pero es un concepto restringido, olvida la dimensión psicológica y social del individuo ya que muchas de las personas que acuden a los servicios de salud ni están enfermas ni mucho menos son “pacientes” en la espera de su atención.

**Tabla 3.**  
*Definiciones Conceptuales sobre Satisfacción del Usuario.*

Fuentes	Definiciones Conceptuales Sobre Satisfacción del Usuario
Oliver (1997)	Respuesta a la satisfacción del consumidor. Es un juicio de la característica de un producto o servicio, o del producto o servicio en sí, el cual es proporcionado con un nivel placentero de satisfacción de consumo, incluyendo niveles de baja o alta satisfacción.
Halstead, Hartman y Schmidt (1994)	Una respuesta afectiva transacción específica resultante de la compración que hace el cliente del desempeño de un producto con algún otro estándar de compra. (Ej., Hunt 1977; Oliver 1989) (p. 122).
Mano y Oliver (1993)	Es una actitud - como un juicio evaluativo posconsumo (Hunt 1997) variando a lo largo de un hedónico continuo (Oliver 1989; Westbrook and Oliver 1991) (p.454).
Fornell (1992)	Una evaluación global poscompra (p.11).
Oliver (1992)	Examinaron si la satisfacción era una emoción. Se concluyó que la satisfacción es un fenómeno de atributos resumidos que coexisten con otras emociones de consumo (p. 242).
Westbrook y Oliver (1991)	Una evaluación poselección relacionada con una específica selección de compra (Day 1984) (p. 84).
Oliver and Swan (1989)	No tiene definición conceptual. (con la persona de ventas) una función de imparcialidad, preferencia y desconfirmación (pp. 28 - 29).
Tse y Wilton (1988)	La respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas previas (o alguna norma de desempeño) y el actual desempeño de un producto percibido después de su consumo (p. 204).
Cadotte, Woodruff y Jenkins (1987)	Conceptualizado con un sentimiento desarrollado desde una evaluación de experiencia de uso (p. 305).
Westbrook (1987)	Evaluación global acerca del uso/consumo del producto (p. 260) También citado en Hunt (1977).
Day (1984)	Respuesta evaluativa a al actual evento de consumo ... la respuesta del consumidor en una experiencia particular de consumo de la discrepancia percibida entre expectativas previas (o alguna norma de desempeño) y el desempeño actual del producto percibido después de su adquisición (p. 496).
Bearden y Teel (1983)	No tiene definición conceptual. Una función de expectativas del consumidor operacionalizada como creencias de atributos del producto (Olson y Dover 1979) y desconfirmación (p. 22).
La Barbera y Mazursky (1983)	Evaluación poscompra. Citado en Oliver (1982) definición: una evaluación de la sorpresa inherente de la adquisición de un producto o experiencia de consumo (p. 394).
Westbrook y Reilly (1983)	Una respuesta emocional de las experiencias provistas y asociadas con un producto o servicio en particular comprado, puntos de venta o incluso patrones morales de comportamiento como el comportamiento del comprador, así como el mercado total (p. 256). Una respuesta emocional desencadenada por un proceso de evaluación cognitiva en el cual las percepciones de (o creencias acerca de) un objeto acción o condición son comparadas con el valor de uno (necesidades o deseos) (p. 258).
Churchill y Surprenant (1982)	Conceptualmente, un resultado de la compra y uso resultante de la comparación del comprador de los beneficios y costos de la compra relativa a las consecuencias anticipadas. Operacionalmente, similar a la actitud en el que puede ser evaluada como la sumatoria de satisfacciones con varios atributos (p. 493).
Oliver (1981)	Una evaluación de la sorpresa inherente en la adquisición de un producto y/o experiencia de consumo. En esencia, el estado psicológico resultante cuando la emoción alrededor de las expectativas difieren con las experiencias previas del consumidor sobre su experiencia de consumo.
Swan, Trawick y Carroll (1980)	Una evaluación a profundidad o un juicio cognitivo que se tiene del producto. Otra dimensión de la satisfacción involucra afectos o sentimientos (p. 17).
Westbrook (1980)	Se refiere a la evaluación individual subjetiva favorable de varios desempeños y experiencias asociadas con el uso o consumo del producto (Hunt 1977) (p. 49).
Hunt (1977)	Una especie de alejamiento desde la experiencia y la evaluación previa con la experiencia al utilizarlo.
Howard y Sheth (1969)	Estado cognitivo del comprador siendo adecuadamente o inadecuadamente retribuido para los sacrificios al cual él se ha sometido (p. 145).

Nota: Adaptado de "Defining Consumer Satisfaction" por J. Giese, y J. Cote, 2002, *Academy of Marketing Science Review*, 2000 (1), p. 5-8. Copyright 2000 por la Academy of Marketing Science.

Desde el arribo de la gestión de los servicios de salud ha habido una tendencia hacia el cambio de la terminología básica utilizada para denominar a los médicos y a los pacientes. Los recientes cambios en el sistema de prestaciones de salud han afectado dramáticamente la forma en la cual se denomina a los pacientes. Los términos comúnmente utilizados ahora incluyen cliente, consumidor, beneficiario (Naseem et al. 2001). En esta misma línea, Parasuraman et al. (1988), como se cita en Batbaatar, Doridagva, Luvsannyam y Amenta (2015), que en la literatura relacionada con los servicios de salud, los términos consumidor, cliente y paciente son utilizados de manera intercambiable. Incluso, si se revisa lo publicado relacionado con la ética en salud, Neuberger (2015) menciona que ha habido un enfoque mejorado gradualmente de la ética médica durante los últimos 40 años y que una característica central de esta mejora ha sido el incremento de la atención por parte de esta en los intereses y perspectivas de los pacientes / clientes / consumidores / usuarios del servicio, cuyos intereses los médicos y otros trabajadores de salud atienden.

El término satisfacción del paciente, aunque usado ampliamente, como concepto es poco comprendido" (Sitzia, & Wood, 1997). Gill y White en el año 2009 refieren que no existe una definición sobre satisfacción del paciente universalmente aceptada, así como los sistemas de medición varían entre los estudios. Jaráiz, Lagares y Pereira (2013) indican que la satisfacción es un concepto de difícil concreción y ha sido objeto de diversos debates tanto en el ámbito del marketing de servicios, como de la psicología o la filosofía. En 1983, Pascoe (como se cita en Jaráiz et al., 2013) manifestó que la mayoría de las veces nos referimos a la satisfacción como un elemento deseable e importante en la actuación médica, intuitivamente entendido por todos, sin que exista acuerdo en su significado empírico. Batbaatar et al. (2015), indican que no existe una definición comúnmente aceptada de la satisfacción del paciente y que las definiciones

operacionales difieren en la literatura. Refieren además que desde la década de 1960 han existido numerosos intentos de formular una definición de la satisfacción del paciente tanto desde el campo del marketing como desde los servicios de salud. Indican también que la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional, implícito y no sistemáticamente desarrollado. Asimismo, tiene diversos significados para cada individuo de acuerdo a sus creencias, valores, percepciones, emociones, características personales, condiciones de salud, experiencias previas con el servicio de salud y la forma en que perciben el término cuidado de la salud. De esta manera, es un proceso dinámico y subjetivo que es relativo a la teoría del criterio y el parecer humano.

Gill y White (2009) señalan que el término de satisfacción del paciente es ambiguo y divergente en la literatura; es más, no existe una definición ni una forma de medir este constructo globalmente aceptada. En esta misma línea, Batbaatar et al., (2015) concluyeron en su revisión sistemática que el constructo satisfacción del paciente no está claramente definido debido a que posiblemente aún se siga explicando por un enfoque consumista que engaña la definición en los servicios de salud. Por su parte, la Real Academia Española (2018), entre las acepciones de la palabra satisfacer se encuentran el dar solución a una duda o a una dificultad, así como cumplir, llenar ciertos requisitos o exigencias.

En el contexto de los servicios de salud, Caminal indicó en el año 2001 (como se cita en Pérez-Goiz et al., 2009), que “la satisfacción se refiere a la complacencia del usuario en función de sus expectativas por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio” (p. 638). En el año 2000, Mira y Aranaz (como se cita en Pérez-Goiz et al., 2009) mencionan que “la opinión de los pacientes es un resultado que aporta información sobre el grado en que éstos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas” (p. 638).

Hulka, Zyzanski, Cassel y Thompson (1970) definen a la satisfacción como las actitudes de los pacientes hacia los médicos y la asistencia médica. En 1982, Linder-Pelz (como se cita en Batbaatar et al., 2015) manifestó que la satisfacción del paciente es una actitud positiva con la evaluación y que es de naturaleza afectiva. Las personas evalúan diversos aspectos de la atención de la salud basados en una suma ponderada de las creencias para llegar a tener una actitud general. Eriksen (1995), citado por Batbaatar (2015), formuló que la satisfacción del paciente es una clasificación de la evaluación del servicio o proveedor de salud y que resulta en una respuesta emocional positiva a la comparación de los estándares subjetivos del paciente con el servicio de salud recibido. Hills y Kitchen (2007), referido por Batbaatar (2015), describieron a la satisfacción del paciente como un sentimiento de felicidad, logro o cumplimiento que resulta de encontrarse las necesidades y expectativas del paciente respecto a aspectos específicos y generales del cuidado de la salud. Por su parte, Jha et al. (2008), Manary et al. (2013), así como Zandbelt et al. (2007), citados por Johnson et al. (2016), indican que la importancia de la evaluación de la satisfacción del paciente radica en que los pacientes satisfechos con el servicio de salud recibido son más adherentes al tratamiento médico y, como resultado, obtienen mejores resultados clínicos.

El Ministerio de Salud (2011) denomina usuario externo a aquella persona que concurre a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud de manera continua y con calidad, en el contexto de familia y comunidad. Asimismo, indica que la satisfacción del usuario externo viene a ser el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece. En la tabla 4 se resume las diversas definiciones encontradas en la literatura arbitrada sobre satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

Tabla 4.

*Definición de la Satisfacción del Cliente en el Contexto de los Servicios de Salud.*

Investigadores	Definiciones de Satisfacción del Paciente
Hulka, Zyzanski, Cassel y Thompson (1970)	Actitudes de los pacientes hacia los médicos y la asistencia médica.
Linder-Pelz (1982)	Actitud positiva con la evaluación y que es de naturaleza afectiva. Las personas evalúan diversos aspectos de la atención de la salud basados en una suma ponderada de las creencias para llegar a tener una actitud general.
Swan, Sawyer, Van Matre, y McGee (1985)	Respuesta emocional a la experiencia vivida en la institución de salud y que es un proceso cognitivo de comparar los resultados con el estándar.
Corbella (1990)	Medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario.
Eriksen (1995)	Es una clasificación de la evaluación del servicio o proveedor de salud y que resulta en una respuesta emocional positiva a la comparación de los estándares subjetivos del paciente con el servicio de salud recibido.
Caminal (2001)	Complacencia del usuario en función de sus expectativas por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio.
Hills y Kitchen (2007)	Sentimiento de felicidad, logro o cumplimiento que resulta de encontrarse las necesidades y expectativas del paciente respecto a aspectos específicos y generales del cuidado de la salud.
Ministerio de Salud del Perú (2011)	Grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que esta le ofrece.

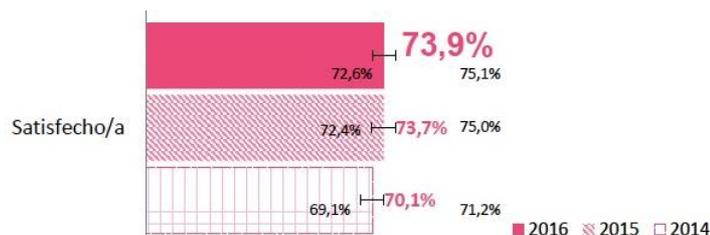
Donabedian en el año 2005 (como se cita en Batbaatar et al., 2015), refiere que la evidencia en la literatura muestra que la satisfacción del paciente ha sido ampliamente estudiada desde la década de 1960 y que los resultados obtenidos han sido una imagen incompleta del marco comprensivo que guía la evaluación de la satisfacción del paciente. En esta misma línea, Ibern (1992), indica que en los últimos años se han realizado numerosas investigaciones en el campo de la satisfacción en los servicios de salud y que el creciente interés de carácter científico a nivel internacional no ha ido

acompañado siempre de una aplicación para la gestión y la toma de decisiones. Existe una diversidad de conceptualizaciones, instrumentos disponibles así como ámbitos de aplicación. Una de las muestras más claras de los problemas en estas encuestas es que habitualmente se encuentran niveles altos de satisfacción (alrededor del 80%) y con poca variabilidad. La escasa variabilidad de las respuestas no es necesariamente un factor metodológico, sino un factor conceptual, el cual se refiere a la multidimensionalidad del concepto de satisfacción (Sitzia, & Wood, 1997). Por ejemplo, se ha encontrado que los estilos de comunicación están asociados a la satisfacción del paciente como es el caso de los pacientes oncológicos (Finkelstein, Carmel, & Bachner, 2017). Esto coincide con lo investigado por Blatt et al. (2009) cuando señalan que las tensiones en la relación médico – paciente son de larga data y que existen razones complejas para este fenómeno pero uno de los factores más importantes es la falta de habilidades de comunicación de los médicos. Por otro lado, la empatía es un componente esencial de las habilidades de comunicación y un atributo mutuamente beneficioso en la relación proveedor de salud – paciente a lo largo de todos los profesionales de la salud y es cada vez más importante (Wen, Ma, Li, Liu, Xian, & Liu (2013).

### **2.2.3 Situación de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en Perú.**

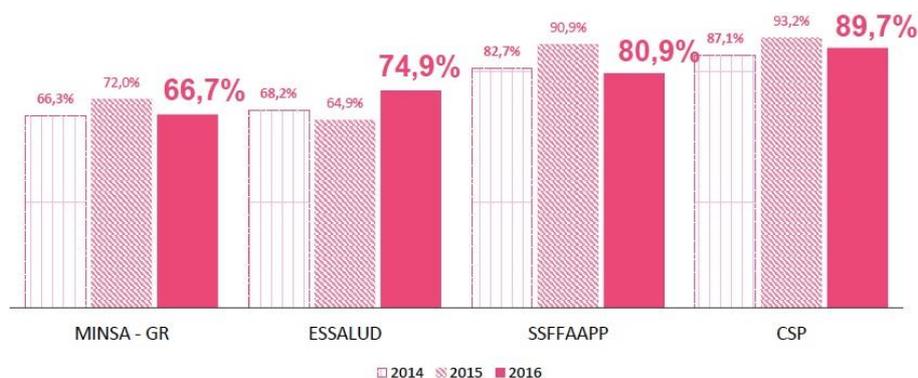
En el Perú, la Superintendencia Nacional de Salud (2016), entidad adscrita al Ministerio de Salud, ha publicado la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud en donde realizan un seguimiento, valoración del funcionamiento y desempeño del sistema de salud en el país a través de la evaluación de la percepción de los usuarios acerca de la atención médica recibida en la consulta externa de las instituciones

prestadoras de servicios de salud, públicas y privadas, a nivel nacional. Los resultados muestran que, en el año 2016, el nivel de satisfacción general de los usuarios de la consulta externa de las instituciones de salud en el Perú es del 73,9% (Figura 3) mientras que, en las clínicas del sector privado (CSP), el 89,7% manifiesta estar satisfecho con el servicio recibido (Figura 4).



*Figura 3.* Grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016. Adaptado de “Resultados Definitivos ENSUSALUD 2016 de Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud”, por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016.

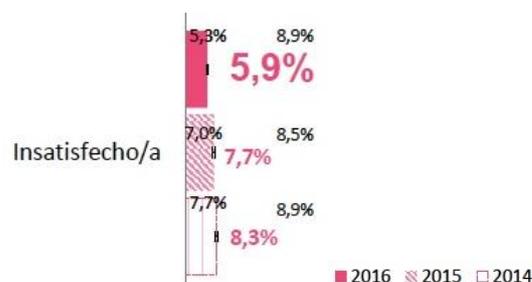
Recuperado de: <http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/PRESENTACION-SUSALUD-2016.pdf>



*Figura 4.* Grado de satisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016, por sectores. Adaptado de “Resultados Definitivos ENSUSALUD 2016 de Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud”, por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016.

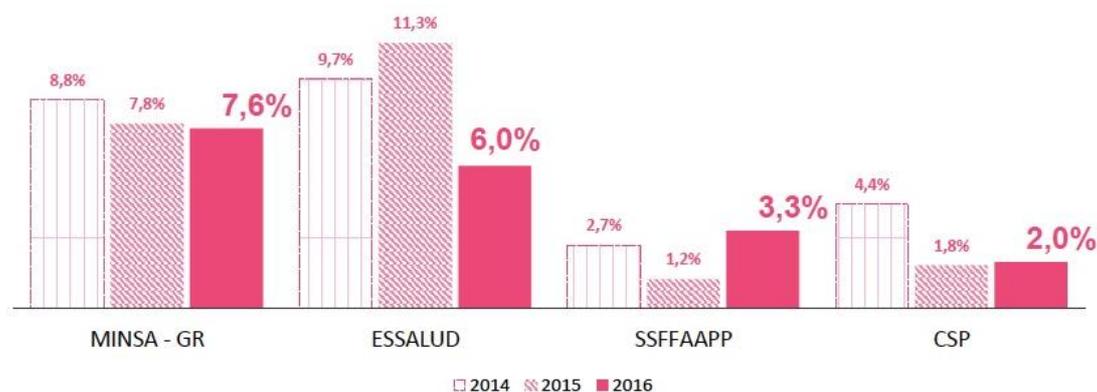
Recuperado de: <http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/PRESENTACION-SUSALUD-2016.pdf>

Por su parte, el nivel de insatisfacción general de los usuarios de la consulta externa de las instituciones de salud en el Perú es del 5,9% (Figura 5) mientras que, en las clínicas del sector privado (CSP), el 2,0% manifiesta estar insatisfecho con el servicio recibido (Figura 6).



*Figura 5.* Grado de insatisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016. Adaptado de “Resultados Definitivos ENSUSALUD 2016 de Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud”, por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016.

Recuperado de: <http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/PRESENTACION-SUSALUD-2016.pdf>



*Figura 6.* Grado de insatisfacción de los usuarios de la consulta externa en el Perú años 2014, 2015 y 2016, por sectores. Adaptado de “Resultados Definitivos ENSUSALUD 2016 de Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud”, por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), 2016.

Recuperado de: <http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/PRESENTACION-SUSALUD-2016.pdf>

Por otro lado, Mendoza, Ramos-Rodríguez y Gutierrez (2016) demostraron que solamente un 23% de los usuarios de los consultorios externos del hospital Carlos Lanfranco La Hoz percibieron una buena relación médico-paciente. Asimismo, Sogi, Zavala, Oliveros y Salcedo (2006) demostraron que en el Perú existen deficiencias en la formación de médicos en habilidades clínicas como la evaluación de la comprensión del paciente, el manejo de las emociones y la comunicación no verbal.

#### **2.2.4 Dimensiones y medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.**

La popularidad de la medición de la satisfacción del paciente se ha incrementado de manera espectacular durante la última década. En noviembre de 2014, el escribir el término satisfacción del paciente en Internet produjo más de 19 millones de resultados. Lo que es sorprendente acerca de esta situación es la contradicción básica entre esta popularidad (la disponibilidad de miles de diferentes mediciones de satisfacción del paciente) y la escasez de instrumentos de medición de la satisfacción del paciente de alta calidad, breves, válidos y fiables (Hawthorne, Sansoni, Hayes, Marosszeky, & Sansoni, 2014). En esta misma línea, Kristensen y Eskildsen (2012), mencionan también que la popularidad de la medición de la satisfacción del cliente se ha incrementado considerablemente en los últimos años y que cada día, más y más compañías están utilizando esta información en sus procesos de planeamiento estratégico; sin embargo, si bien es cierto que en las últimas dos décadas se ha generalizado la utilización de los estudios de satisfacción de los pacientes en la mayoría de sistemas sanitarios europeos, no es menos cierto que su utilización como herramienta de gestión sigue siendo poco habitual (Jaráiz et al., 2013).

Lee y Lee (2013) manifestaron que existen diversas medidas de la satisfacción del cliente y una vasta cantidad de estudios han intentado identificar los antecedentes y las consecuencias de esta satisfacción. Ellos definen satisfacción del cliente como una evaluación después de la experiencia del consumo. Estos autores señalan, además, que las variables de resultado relacionadas con la satisfacción del cliente se pueden dividir en resultados relacionados con el cliente y resultados relacionados con la empresa. En esta investigación, los investigadores se centraron en los resultados relacionados con el cliente. Asimismo, indican que las variables de resultado relacionadas con la satisfacción del cliente se pueden dividir en resultados relacionados con la intención y resultados relacionados con el comportamiento. Finalmente, agregan que las variables de resultados asociadas a la intención son: comportamiento del cliente, intención de recompra, disposición a pagar y sensibilidad al precio. Por otro lado, las variables de resultado asociadas al comportamiento son: lealtad del cliente, comportamiento de recompra (intención) y el boca a boca, tal como se observa en la Tabla 5.

La evaluación de la satisfacción del paciente se ha convertido en una parte del proceso estratégico de las organizaciones de salud. La medición de la satisfacción del paciente y el reconocimiento de sus factores eficaces son importantes para los gerentes de establecimientos de salud debido al impacto que estos tienen en la salud y en los resultados financieros de las organizaciones de salud (Raposo, Alves, & Duarte, 2009).

Existen diversas mediciones de la satisfacción (Lee, & Lee, 2013); sin embargo, como señalan Almeida, Bourliataux-Lajoie y Martins (2015) en su revisión sistemática, no existe un consenso acerca de un instrumento de referencia (estándar de oro) para medir la satisfacción del usuario de los servicios de salud. Esto se puede

Tabla 5.  
*Variables de Resultado Relacionadas con la Satisfacción del Cliente.*

Clasificación	Variable de Resultado	Investigadores	Tesis
Resultados de intención	Compromiso del cliente	Gustafasson, Johnson y Roos (2005)	Encontrando la relación entre satisfacción del cliente así como el compromiso afectivo y cognitivo.
		Lian y Wang (2004)	Influencia de los atributos y beneficios del producto en la satisfacción del cliente.
	Intención de recompra	Szymanski y Henard (2001)	Predecir la relación entre la satisfacción del cliente y la recompra con metaanálisis.
	Disposición a pagar	Homburg, Hoyer y Koschate (2005)	Encontrando el link entre la voluntad de pagar y satisfacción del cliente; entonces estima la estructura funcional.
Variables de resultado relacionadas con el cliente	Sensibilidad al precio	Stock (2005)	Estudia el link entre satisfacción del cliente y la sensibilidad al precio en el mercado B2B.
	Lealtad del cliente	Seiders et al. (2005)	Efectos moderadores de la fortaleza de la relación entre la satisfacción del cliente y la recompra.
	Comportamiento de recompra (intención)	Mittal y Kamakura (2001)	Efectos moderadores de las características del cliente entre satisfacción del cliente y la recompra.
		Paulssen y Birk (2007)	En el mercado B2B, estimando el efecto de la satisfacción del cliente y la recompra.
	El "boca a boca" (Word of mouth - WOM)	Brown et al. (2005)	Satisfacción del cliente como un antecedente de WOM positivo.
	Ping (1993)	Encontrando la relación entre satisfacción del cliente y el "boca a boca" en un canal.	

Nota: Adaptado de "Does Satisfaction affect Brand loyalty?" por J. Lee y H. Lee, 2013, *Academy of Marketing Studies Journal* 17, p. 136. Copyright 2013 por la Academy of Marketing Studies.

apreciar a través de los diversos resultados obtenidos durante la revisión bibliográfica sobre las dimensiones de la satisfacción del usuario que se exponen a manera de resumen en la Tabla 6. Para empezar, tenemos estudios que consideran a la satisfacción del usuario como un constructo unidimensional, como es el caso de la investigación

Tabla 6.  
*Dimensiones de la Satisfacción del Usuario.*

Investigadores	Target de Evaluación	Dimensiones de la Satisfacción de Usuarios
Attkisson y Zwick (1982)	Pacientes en psicoterapia	Unidimensional (8 preguntas).
Fornell, Johnson, Anderson, Cha y Bryant (1996)	Índice de Satisfacción del Cliente Americano. Usuarios de siete sectores más importantes de la economía de EE.UU., incluyendo salud	Unidimensional (3 preguntas).
De Wilde y Hendriks (2005)	Pacientes en programa para el abuso de sustancias ilegales.	Unidimensional (8 preguntas).
Andaleeb (2001)	Pacientes de hospitales y Clínicas	Unidimensional (4 preguntas).
Tso, Ng y Chan (2006)	Pacientes de la consulta ambulatoria en hospitales	Dos dimensiones (servicio general y médico tratante).
Turel y Serenko (2006)	Usuarios de telefonía celular en Canadá utilizando el Índice de Satisfacción del Cliente Americano	Unidimensional (3 preguntas).
Gagnon, Hébert, Dubé y Dubois (2006)	Pacientes en programa de servicios para la tercera edad	Tres dimensiones (relación con el profesional, prestación del servicio y organización del servicio).
Shea, Guerra, Wiener, Aguirre, Ravenel y Asch (2008)	Proveedores y Sistemas de Salud de Medicare	Cinco dimensiones (atención necesitada, atención rápida, comunicación médica, personal médico de oficina y administración del plan de salud).
Danielsen, Bjertnaes, Garratt, Forland, Iversen y Hunskaar (2010)	Clínicas	Cuatro dimensiones (contacto telefónico, servicios de enfermería, servicio médico y organización).
Manaf, Mohd y Abdullah (2012)	Consulta ambulatoria en clínicas	Dos dimensiones (servicio médico y servicio de registro).
Dyer, Sorra, Smith, Cleary y Hays (2012)	Pacientes ambulatorios	Tres dimensiones (acceso al cuidado, comunicación del médico y personal cortés/servicial).
Almeida, Bourliataux-Lajoie y Martins (2015)	Revisión sistemática sobre satisfacción de usuarios de los servicios de salud	Tres dimensiones (interacción médico-paciente, ambiente físico y proceso de gestión interna).
Stanworth, Hsu y Warden (2017)	Consulta ambulatoria en hospitales	Seis dimensiones (eficiencia, responsabilidad, profesionalismo, justicia, calidez y respeto)

desarrollada por Andaleeb (2001) quien realizó una investigación para evaluar la satisfacción del paciente en instituciones públicas y privadas de salud en Bangladesh y obtuvo que la satisfacción es un constructo unidimensional. De igual forma, Attkisson y Zwick (1982) evalúa la satisfacción de los pacientes bajo psicoterapia a través de una dimensión. El mismo resultado de constructo unidimensional obtuvieron De Wilde y Hendriks (2005) en su evaluación de pacientes incorporados al programa de abuso de sustancias ilegales.

Por su parte, Tso, Ng y Chan (2006) señalan que la satisfacción de los usuarios atendidos en la consulta ambulatoria de hospitales tienen dos dimensiones: servicio general y médico tratante. La misma cantidad de dimensiones hallaron Manaf, Mohd y Abdullah (2012) en su investigación para la medición de la satisfacción de los usuarios en el servicio ambulatorio de las clínicas y obtuvieron que este constructo presenta dos dimensiones: servicio médico y servicio de registro.

Por otro lado Gagnon, Hébert, Dubé y Dubois (2006), en su investigación para la medición de la satisfacción de los pacientes del programa de servicios para la tercera edad, hallaron tres dimensiones del constructo satisfacción del usuario: relación con el profesional, prestación del servicio y organización del servicio. Tres dimensiones encontraron también Dyer, Sorra, Smith, Cleary y Hays (2012) en su investigación para la evaluación de la satisfacción de los pacientes de la consulta ambulatoria en clínicas, las cuales fueron: acceso al cuidado, comunicación del médico y personal cortés/servicial. Asimismo, Almeida et al. (2015) señalan, en su revisión sistemática sobre la satisfacción de usuarios de los servicios de salud, que las dimensiones principales de muchos instrumentos son: interacción médico-paciente, ambiente físico y proceso de gestión interna.

Mayor cantidad de dimensiones las han obtenido Danielsen, Bjertnaes, Garratt, Forland, Iversen y Hunskaar (2010) en su evaluación de la satisfacción en clínicas con cuatro dimensiones (contacto telefónico, servicios de enfermería, servicio médico y organización), la investigación llevada a cabo por Shea, Guerra, Wiener, Aguirre, Ravenel y Asch (2008) para la evaluación de la satisfacción hacia los proveedores y sistemas de salud Medicare en Estados Unidos con cinco dimensiones (atención necesitada, atención rápida, comunicación médica, personal médico de oficina y administración del plan de salud) y la investigación llevada a cabo por Stanworth, Hsu y Warden (2017), quienes reportaron el hallazgo de seis dimensiones de la satisfacción de los usuarios en la consulta ambulatoria en hospitales: eficiencia, justicia, calidez, profesionalismo, responsabilidad y respeto.

Finalmente, mencionar que los investigadores Fornell, Johnson, Anderson, Cha y Bryant (1996) elaboraron el Índice de Satisfacción del Cliente Americano el cual fue desarrollado teniendo en consideración a los usuarios de los siete sectores más importantes de la economía de los Estados Unidos de América, entre los que se encuentra a usuarios del sector salud. En este instrumento, los autores consideran la satisfacción del usuario como un constructo unidimensional constituido por tres variables (ítems). Este mismo instrumento fue utilizado por Turel y Serenko (2006) para la medición de la satisfacción de los usuarios de telefonía celular en Canadá.

### **2.3 Lealtad de los Usuarios**

Anbori, Ghani, Yadav, Daher, y Tin (2010) refieren que uno de los objetivos de cualquier prestador de servicio privado de salud es el de incrementar la lealtad de los pacientes. Estos autores refieren, además, citando a Oliver (1999), que la lealtad del paciente se alcanza cuando los mismos se encuentran satisfechos con el uso de las

instalaciones de salud. Asimismo, Arab et al. (2012) señalan, citando a Deng et al. (2010) que, en un mercado altamente competitivo, el crear una fuerte relación entre los consumidores que podría ser seguido por su lealtad, es considerado un factor clave de éxito para incrementar la participación de mercado y construir una ventaja competitiva sostenible. En esta misma línea, Chahal y Mehta (2013) hallaron que, en el sector de servicios, el énfasis en la lealtad está en aumento debido a que la satisfacción del paciente conduce a un incremento de la imagen organizacional así como de la participación de mercado. Adicionalmente Arab et al. (2012), citando a Ramsaran-Fowdar (2008), refieren que los clientes leales son muy importantes para una organización que desee sobrevivir en el mercado y que, adicionalmente, atraer nuevos clientes es más caro que retener los actuales clientes. Finalmente, estos mismos autores refieren que, citando la investigación de Jones et al. (2000), a medida que la competencia crece y se incrementan los costos de atraer nuevos clientes, los proveedores de servicio cada vez más se están enfocando en sus actividades estratégicas relacionadas con la lealtad de los clientes.

En el año 2010, Anbori et al. definieron la lealtad del paciente como un plan estratégico de servicio orientado a la retención de los usuarios en el largo plazo proporcionando un mejor servicio de calidad. Aliman y Mohammad (2016) señalaron que, para llegar a alcanzar la lealtad del usuario de los servicios de salud, los prestadores del servicio deben satisfacer las necesidades y expectativas del paciente. Por este motivo, Lee y Lee (2013) refieren que la lealtad es un importante objetivo estratégico para todos los gerentes de marketing.

En el año 1992, Fornel señaló, (como se cita en Ahmed et al., 2017) que los clientes leales no están necesariamente satisfechos; sin embargo, los clientes satisfechos deben ser clientes leales pero, para alcanzar la lealtad del paciente, los prestadores del

servicio de salud deben de comunicarse regularmente con los pacientes con la finalidad de entender sus necesidades y expectativas (Roberge et al., 2001, citado por Ahmed et al., 2017).

Sobre la definición y la forma de cómo se evidencia la lealtad, Oliver (1997) la definió (como se cita en Lee, & Lee, 2013) como el profundo compromiso de recomprar un producto o servicio preferido de forma consistente en el futuro, lo que provoca la compra repetitiva de la misma marca o conjunto de marcas, a pesar de las influencias situacionales y los esfuerzos del marketing para cambiar dicho comportamiento. Fornell (1992) en su investigación científica señala que esta se puede realizar a través de la intención de recompra así como tolerancia al precio. Por su parte, Mittal y Kanakura (2001) indican que la medición de este constructo se puede llevar a cabo a través de la intención de recompra así como el comportamiento de recompra. En esta misma línea, para Lee y Lee (2013), entienden que la lealtad es un constructo que tiene dos elementos: actitud y comportamiento; sin embargo, la mayoría de los investigadores se enfocan en la relación entre la satisfacción y la intención de recompra debido a las dificultades que conlleva de estudiar el comportamiento ya que esto implica encuestar por lo menos dos veces a la misma persona de manera longitudinal. Agragan, estos autores, que la lealtad puede ser medida con la intención de recomendación. En esto coincide con Chandrashekar et al., (2007) cuando señalan que la lealtad puede ser medida preguntando a los usuarios si ellos podrían recomendar productos o servicios a otros consumidores. Por su parte, Woodside, Frey y Daly (1989), citado por Kim, Shin, Lee, Lee, Kim, Choi, Park, Lee y Ha (2017) refieren que la lealtad usualmente es evaluada a través de la disposición a usar un producto nuevamente y, en el contexto de los servicios de salud, esta es evaluada a través de la intención del paciente de retornar un hospital o de recomendación a otras personas.

En 1996, Zeithaml et al. (como se cita en Shabbir et al., 2016), define el comportamiento de recompra como el mantenimiento de las relaciones con los proveedores de servicio, mientras que Donio', Massari y Passiante (2006) definen el boca a boca como una comunicación en la cual los clientes notificarán a los demás sobre su experiencia con el producto o servicio. En el 2009 Ladhari (como se cita en Shabbir et al., 2016) menciona que esta experiencia puede ser favorable, lo cual crea lealtad, comportamiento de recompra y un boca a boca positivo. Shabbir et al., 2016 (citando a Caruana, 2002) refieren que si la experiencia con el producto o servicio no es favorable crearán un boca a boca negativo así como (citando a Anthanassopoulos et al., 2001) serán cambiados por los competidores. Por este motivo, Moliner (2009) concluye que la lealtad es una faceta actitudinal que conduce a un comportamiento de compra repetida. Kondasani y Panda (2015) señalan que en el concepto de lealtad se incluye las intenciones de recomendación, revisita y boca a boca positivo. Por su parte, Aliman y Mohamad (2016), señalan que la mayor parte de los investigadores están de acuerdo en que las intenciones de comportamiento favorables incluyen elementos como decir cosas positivas y recomendar los servicios a otros, el pagar el precio de la prima a la empresa y expresar lealtad cognitiva a la organización. Lee y Lee (2013), realizaron una revisión sobre la aproximación multidimensional de la medición de la lealtad, tal como se puede observar en la Tabla 7.

## **2.4 Modelos de Relación entre Calidad, Satisfacción y Lealtad**

### **2.4.1 La calidad de servicio como precursora de la satisfacción y la lealtad.**

Shi, Prentice y He (2014) así como Orel y Kara (2013) señalan que en la actualidad existe un interés creciente en investigar la relación entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad. De la misma manera, Lei y Jolibert (2012) mencionan

Tabla 7.  
*Medición de la Lealtad.*

Investigadores	Medición de la Lealtad
Anderson and Sullivan (1993)	Intención de recompra
Anderson (1996)	Tolerancia al precio
Bolton (1998)	Intención de recompra
Chandrashekar et al. (2007)	Intención de recomendación
Cooil et al. (2007)	Cuota de cartera
Dowling and Hammond (2003)	Cuota de cartera
Fornell (1992)	Intención de recompra, tolerancia al precio
Jones y Sasser (1995)	Intención de recompra
Keiningham et al. (2005)	Cuota de cartera
Mittal y Kamakura (2001)	Intención de recompra, comportamiento de recompra

Nota: Adaptado de “Does Satisfaction Affect Brand loyalty?” por J. Lee y H. Lee, 2013, *Academy of Marketing Studies Journal* 17, p. 137. Copyright 2013 por la Academy of Marketing Studies.

que en los últimos treinta años se ha llevado a cabo una ingente cantidad de estudios que han explorado las relaciones entre los constructos calidad, satisfacción del usuario y lealtad en culturas orientales; sin embargo, aún no se ha alcanzado un consenso. Es más, el impacto de la satisfacción del consumidor y la lealtad no es la misma en todas las industrias (Lee, & Lee, 2013).

En relación a los resultados obtenidos en la evaluación de estos tres constructos, Kondasani y Panda (2015) refieren que existen numerosas investigaciones han evaluado la relación entre la calidad de servicio y la satisfacción en su efecto directo sobre la lealtad en el sector servicios. Entre estas investigaciones, se encuentra la realizada por Zarei et al. (2015) en donde refieren que un servicio de calidad tiene una significativa conexión positiva con la satisfacción del cliente. Asimismo, se encuentra la investigación desarrollada por Lei y Jolibert (2012) en la cual señalan que la calidad de servicio percibida influencia directamente en la lealtad del cliente y en la satisfacción del cliente. Por lo tanto, la satisfacción del cliente parcialmente intermedia la relación

calidad – lealtad (Boshoff y Gray, 2004, citado por Lei, & Jolibert, 2012). Baker y Crompton (2000) refieren que existe una vasta evidencia científica que indica que la calidad de servicio afecta al valor percibido, satisfacción del cliente así como a las intenciones de comportamiento incluyendo el boca a boca, lealtad, recomendación así como disposición para pagar más. Por su parte, en el año 2013, Reichheld y Teal (como se cita en Lee, & Lee, 2013) señalan que altos niveles de satisfacción daría lugar a una mayor lealtad del cliente, lo que a su vez tiene un impacto positivo en la rentabilidad. Estos mismos autores citan la investigación de Anderson y Sullivan (1993) en donde refieren que, a mayor satisfacción del consumidor, se esperará una mayor lealtad.

En el sector de servicios, brindar un servicio de gran calidad ha sido reconocido como un factor clave para el desarrollo y el mantenimiento a largo plazo de relaciones satisfactorias con los clientes (Katarachia, 2013). La satisfacción del paciente, la satisfacción del cliente en el contexto de la salud, es un indicador de calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del paciente (Campen et al., 1995). De hecho, para Subramanian et al. (2014), un buen servicio de calidad siempre conduce a una alta satisfacción del paciente. En 1966, Donabedian (como se cita en. Kondasani, & Panda, 2015), refiere que la percepción de calidad percibida por los usuarios es la llave determinante del éxito en las organizaciones de salud debido a su función esencial para el logro de la satisfacción del paciente, así como de la rentabilidad de la organización. Wu (2011) manifiesta que una mayor calidad de servicio mejora significativamente la satisfacción del paciente, que a su vez mejora la lealtad de los pacientes. Andaleeb en el 2001 y Carson, Carson y Roe en 1998 (como se cita en Johnson et al., 2015), manifiestan que la evidencia científica sugiere que la calidad de servicio percibida va a influenciar en el comportamiento del paciente y que la satisfacción del paciente es el indicador general o variable de resultado del servicio. Peer y Mpinganjira (2011)

encontraron que la calidad de servicio es un factor importante en el aseguramiento de la satisfacción global del paciente así como de la lealtad en el sector privado de la salud.

Se ha establecido que el servicio de calidad tiene una significativa conexión positiva con la satisfacción del cliente (Padma, Rajendran, & Sai, 2010; Katarachia, 2013; Arsanam, & Yousapronpaiboon, 2014; Zarei et al., 2015). Asimismo, Panchapakesan et al. (2015) indican que, en la literatura, servicio de calidad y satisfacción del cliente a menudo se consideran como dos caras de una misma moneda. Parasuraman et al. (1985) indican que servicio de calidad es la habilidad para satisfacer las necesidades del cliente, el cual es intangible, de gran variedad y no puede ser guardado o separado. De esta manera, como lo describe DuPree, Anderson y Nash (2011), identificando los problemas que se evidencian cuando medimos la satisfacción del paciente, permitirá realizar cambios positivos en la calidad de cómo es brindado este servicio de salud. Por otro lado, si bien existe un consenso general en la literatura de los servicios que calidad de servicio y satisfacción del cliente son dos constructos distintos pero estrechamente relacionados (Dabholkar, Thorpe, & Rentz, 1996; Shemwell et al., 1998), la calidad de servicio se ha establecido como un precursor de la satisfacción del consumidor (Padma, Rajendran, & Sai, 2010). Por este motivo, Gustafsson y Johnson (2004) indican que a pesar que las preguntas de la encuesta SERVQUAL que evalúa calidad del servicio se deriva de una estructura de cinco factores, el enfoque no presupone un modelo de satisfacción. Chaabouni y Abednnadher (2014), tomando como base las investigaciones de Parasuraman et al. (1988), señalan que la calidad de servicio percibida es un antecedente de la satisfacción. Estos mismos autores evaluaron la relación entre la satisfacción de los usuarios y la calidad de servicio en hospitales de Túnez en donde encontraron que la calidad percibida influye de manera significativa en la satisfacción del servicio.

En el año 2010, Deng, Lu, Wei y Zhang, refieren que la calidad de servicio es percibida como un factor importante en la construcción de la lealtad del cliente. Señalan, además, que los servicios de alta calidad pueden atraer nuevos consumidores, retener los actuales consumidores e, incluso, atraer los consumidores de la competencia. Por otro lado, en el año 2006 Taner y Antony (como se cita en Arab et al., 2012), señalan que existe una amplia evidencia avalando que cuando los usuarios reciben servicios de alta calidad en el hospital, es más probable que regresen al mismo hospital en el futuro, hablen a otras personas cosas positivas sobre el servicio recibido, así como recomienden dicho hospital a sus amigos y parientes. Chahal y Bala (2012) encontraron que, en el sector salud, la calidad percibida y la lealtad tienen una influencia positiva en el valor de marca.

Por su parte, Mortazavi, Kazemi, Shirazi y Aziz-Abadi (2009), en su investigación para evaluar la relación entre satisfacción y lealtad de los pacientes hospitalizados en clínicas, encontraron que ambos constructos están correlacionados de manera significativa. Mpinga y Chaston en el año 2011, así como Pascoe en 1983 (como se citan en Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, & Amenta, 2015), mencionan que el lograr tener resultados elevados de satisfacción de los pacientes resultará en la decisión de estos de elegir el servicio de salud, el tener la intención de retornar a un hospital en particular o seguir una opción de tratamiento recomendado por el médico. Asimismo, existe también una vasta cantidad de investigaciones sobre el desempeño de la calidad que concluye que un servicio de calidad tiene influencia de manera significativa en la satisfacción del paciente y la lealtad con las organizaciones de salud (Shabbir et al., 2016). Peyrot et al. (1993), John (1991) y Strasser et al. (1991), como se citan en Anbori et al. 2010, refieren que diversos estudios evidencian una relación positiva entre

la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios con la atención hospitalaria y la disposición de retornar al hospital o, incluso, recomendarlo a familiares y amigos.

Lei y Jolibert (2012) refieren que la calidad de servicio percibida es precursora de la satisfacción y la intención de lealtad. Señalan que este proceso se realiza de la siguiente manera:

- i. Antes de la compra, los usuarios se forman expectativas de un producto o servicio específico.
- ii. El consumo induce un nivel de calidad percibido que es influenciado por la diferencia entre la actual percepción y las expectativas de calidad.
- iii. Si la percepción de calidad es confirmada, entonces los usuarios están satisfechos.
- iv. La intensidad de la lealtad de los usuarios está influenciada por el grado de la satisfacción del usuario.

Las investigaciones sobre calidad de servicio han ganado rápidamente la atención debido a la noción de una alta calidad de servicio resulta en satisfacción del cliente y sus intenciones de comportamiento (Padma et al., 2010). En la figura 7 se grafica el modelo calidad de servicio – satisfacción del usuario – lealtad.



*Figura 7:* Calidad de servicio como precursora de la satisfacción y la lealtad.

Adaptado de “A Three-Model Comparison of the Relationship Between Quality, Satisfaction and Loyalty: An Empirical Study of the Chinese Healthcare System” por P. Lei, P, y A. Jolibert, 2012, *BMC Health Services Research*, 12, p. 3. Copyright 2012 por BioMed Central.

### **2.4.2 La satisfacción como precursor de la calidad de servicio y la lealtad.**

Por otro lado, en relación al segundo modelo teórico (en el que la satisfacción es precursora de la calidad y la lealtad), Henning-Thurau y Kee, 1997 así como Oliva, Oliver y MacMillan, 1992, citado este último por Lei y Jolibert (2012), señalan que en este modelo la satisfacción del usuario influencia directamente a la lealtad y a la calidad de servicio. Lei y Jolibert (2012), añaden que la calidad de servicio parcialmente intermedia la relación satisfacción – lealtad. Estos mismos autores refieren que un cliente podría estar satisfecho con un servicio en particular pero eso no significa necesariamente que el servicio sea de buena calidad. Esto, señalan, confirma que la evaluación de la calidad está influenciada por la satisfacción del cliente y que esta última puede ser considerada como un antecedente de la calidad percibida. Henning-Thurau y Kee, 1997 así como Oliva, Oliver y MacMillan, 1992, citados estos últimos por Lei y Jolibert (2012), señalan que, utilizando esta interpretación, la calidad de servicio se construye principalmente de experiencias previas de satisfacción o insatisfacción.

Lim y Tang (2000) en su investigación determinaron que la satisfacción conduce a la calidad de servicio y que, a su vez, la calidad de servicio percibido tiene una fuerte influencia en el comportamiento del usuario de los servicios de salud así como es una potencial fuente de ventaja competitiva sostenible.

En 1997, Hennig-Thurau y Klee proponen un modelo conceptual en donde la relación entre la satisfacción y la retención de clientes está moderada por la calidad percibida. De esta manera, como refieren Lei y Jolibert (2012) la evaluación de la calidad está influenciada por la satisfacción del cliente y que, adicionalmente, esta satisfacción puede ser modelada como antecedente de la calidad percibida. Esto último está relacionado con la investigación desarrollada por Bolton y Drew (1991) quienes

concluyen que la evaluación del cliente sobre la calidad general del servicio también se ve directamente afectada por percepciones como el nivel de desempeño.

Lei y Jolibert (2012) indican que, pese a la amplia revisión de la literatura, existen escasos estudios que evalúan la calidad de servicio percibida como mediador de la relación entre la satisfacción y la lealtad en el sector de servicios de salud. En la figura 8 se grafica el modelo satisfacción – calidad de servicio – lealtad.



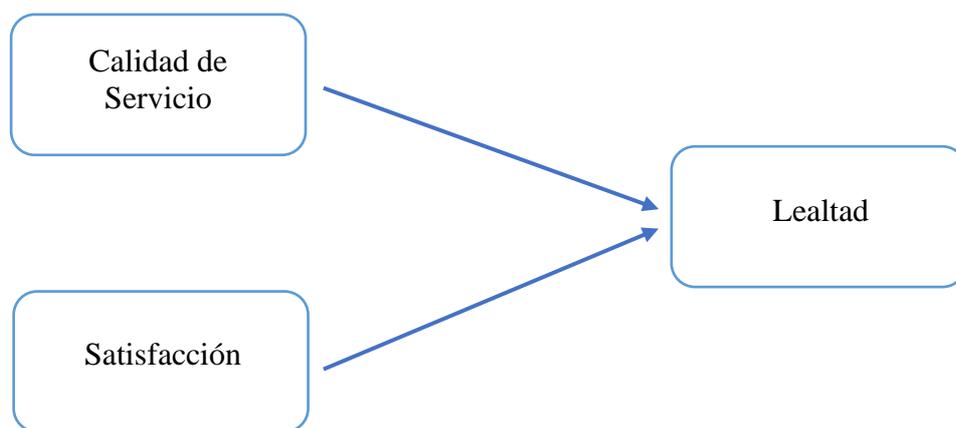
*Figura 8:* Satisfacción del usuario como precursor de la calidad de servicio y la lealtad.

Adaptado de “A Three-Model Comparison of the Relationship Between Quality, Satisfaction and Loyalty: An Empirical Study of the Chinese Healthcare System” por P. Lei, P, y A. Jolibert, 2012, *BMC Health Services Research*, 12, p. 3. Copyright 2012 por BioMed Central.

### **2.4.3 La calidad de servicio y la satisfacción influyen en la lealtad de igual manera.**

Finalmente, en relación al tercer modelo teórico (en el que la calidad de servicio y la satisfacción influyen a la lealtad de igual manera), Iacobucci, May y Kent (1995) señalan que los constructos calidad percibida y la satisfacción del usuario ocupan un mismo nivel. De esta manera, estos dos constructos tienen un efecto equivalente en la lealtad de los usuarios. En esta misma línea, Hanzaee y Shojaei (2011) mencionan que la calidad de servicio y la satisfacción tiene una relación directa con el boca a boca y la disposición de pagar un precio mayor. Por su parte, Lei y Jolibert (2012) señalan que

este modelo considera que la calidad de servicio y la satisfacción del usuario influyen a la lealtad con igual peso. En la figura 9 se grafica el modelo en el que la calidad de servicio y la satisfacción del usuario influyen a la lealtad de manera similar.



*Figura 9:* Calidad de servicio y la satisfacción influyen en la lealtad de igual manera.

Adaptado de “A Three-Model Comparison of the Relationship Between Quality, Satisfaction and Loyalty: An Empirical Study of the Chinese Healthcare System” por P. Lei, P, y A. Jolibert, 2012, *BMC Health Services Research*, 12, p. 3. Copyright 2012 por BioMed Central.

## 2.5 Modelo Teórico de Investigación

Para los fines del presente trabajo de investigación, se utilizó la siguiente definición operacional de calidad de servicio según lo revisado de la literatura por el autor del presente trabajo de investigación: juicio resultante del proceso de evaluación de los clientes en donde estos comparan sus expectativas con lo que ellos han percibido del servicio (Grönroos, 1984). Asimismo, como definición de satisfacción de los usuarios del servicio de salud se utilizó la propuesta por Hills y Kitchen (2007), referido por Batbaatar (2015) cuando se refieren que la satisfacción del paciente es un sentimiento de felicidad, logro o cumplimiento que resulta de encontrarse las necesidades y

expectativas del paciente respecto a aspectos específicos y generales del cuidado de la salud. Finalmente, se utilizó la definición de lealtad propuesta por Oliver (1997): profundo compromiso de recomprar un producto o servicio preferido de forma consistente en el futuro.

Por otro lado, se toma como dimensiones de calidad de servicio las desarrolladas por Grönroos (1984): calidad funcional, calidad técnica e imagen. Adicionalmente, dentro de calidad funcional, se consideraron como subdimensiones las desarrolladas por Parasuraman et al. (1998): “fiabilidad”, “capacidad de respuesta”, “seguridad”, “empatía” y “elementos tangibles”. Adicionalmente, se incluyó la subdimensión “estacionamiento”, la cual se obtuvo como resultado de la investigación cualitativa realizada por el autor.

Finalmente, de lo revisado de la literatura científica, se ha propuesto el modelo de relación entre calidad, satisfacción y lealtad (Figura 10).

## **2.6 Hipótesis**

Hernández, Fernández y Baptista (2010) indican que las hipótesis son explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se formulan como proposiciones. Son el centro, la médula o el eje del método deductivo cuantitativo. Para Arbaiza (2014), las hipótesis son las encargadas de proponer una explicación al problema de investigación, y pueden ser aceptadas o rechazadas de acuerdo con los datos obtenidos en el trabajo de campo. Estas proposiciones se deben circunscribir a una situación específica dentro de un contexto real con el fin de ser probadas con acierto mediante el empleo de las técnicas correspondientes. Kothari (2004), citado por Arbaiza (2014), menciona que el rol de las hipótesis es guiar al investigador mediante la delimitación del área de investigación y mantenerlo en ese rumbo correcto.

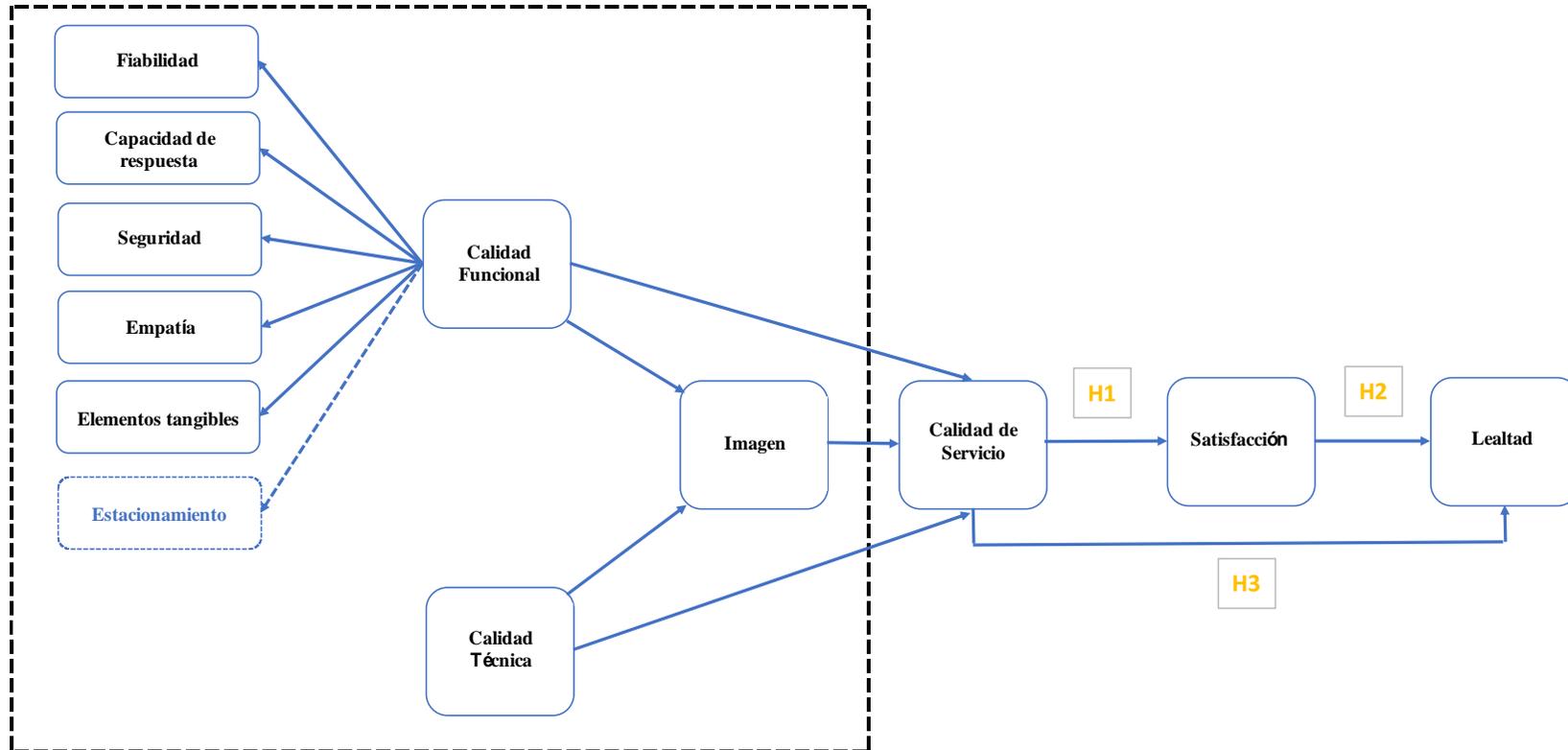


Figura 10: Modelo de análisis particular sobre la relación entre calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú.

De esta manera, para el presente trabajo, se formularon las siguientes hipótesis de investigación:

H1: La calidad de servicio influye significativamente en la satisfacción.

H2: La satisfacción influye significativamente en la lealtad.

H3: La calidad de servicio influye significativamente en la lealtad.

## **2.7 Operacionalización de las variables**

Namakforoosh (2005) menciona que antes de pasar de la etapa conceptual a la etapa empírica, los conceptos presentados en el problema y en el marco teórico deben traducirse en variables y expresarse en forma de hipótesis. Arbaiza (2014), manifiesta que definir operacionalmente las variables con una base empírica y teórica facilita la comprobación de las hipótesis y el diseño de instrumentos para la recopilación de la información necesaria. Hair, Bush y Ortinau (2010) mencionan que, en la operacionalización, los investigadores explican el significado de un constructo en términos de medición especificando las operaciones requeridas para medirlo. Asimismo, indican que el proceso se concentra en el diseño y uso de escalas de medición para reclutar los datos necesarios. Finalmente mencionan que constructos como la satisfacción, al no poder ser observados ni medidos directamente, los investigadores medirán dichos constructos de manera indirecta por medio de la operacionalización de sus componentes.

El presente trabajo de investigación contempla las siguientes variables latentes:

- Calidad de servicio.
- Satisfacción.
- Lealtad.

En la Tabla 8 se detalla la operacionalización de las variables mencionadas.

Tabla 8.

*Matriz de Operacionalización de Variables.*

Constructo	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores / Reactivos
CALIDAD DE SERVICIO	Calidad Funcional	Fiabilidad	X1 Trato amable y cordial
			X2 Compromiso para solucionar problemas de salud
			X3 Inspira confianza, seguridad
			X4 Sentimiento de importancia
			X5 Excelente servicio
			X6 Atento a absolver cualquier duda
			X7 Apariencia impecable
			X8 Buena comunicación
			X9 Información médica brindada confiable
			X10 Consideración a preocupaciones
			X11 Servicios realizados de manera correcta
			X12 Servicio proporcionado en el momento que se ofrece
			X13 Cumplimiento de promesas u ofrecimientos
			X14 Generación de comodidad
			X15 <u>Explicación de problema de salud y tratamiento</u>
	Calidad Funcional	Capacidad de Respuesta	X16 Atención rápida
			X17 Consulta médica rápida
			X18 Poco tiempo de espera
			X19 rápida atención en temas administrativos
			X20 No hay aglomeración de pacientes
			X21 Es fácil reservar las citas
			X22 Amplia disponibilidad de horarios de atención
			X23 Sistema de atención organizado
			X24 Fácil procedimiento de laboratorio
			X25 Exámenes de laboratorios rápidos
			X26 Personal atiende requerimientos
			X27 Personal dispuesto a proporcionar el servicio
			X28 <u>Personal preparado para proporcionar el servicio</u>
	Calidad Funcional	Seguridad	X29 Trato amable del personal administrativo
			X30 Trato personalizado del personal administrativo
			X31 Me siento seguro
			X32 Conocimiento de los trabajadores
			X33 <u>Desenvolvimiento del personal</u>

*Continua ...*

Constructo	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores / Reactivos
CALIDAD DE SERVICIO	Calidad Funcional	Empatía	X34 Amabilidad del personal de enfermería
			X35 Trato digno del personal de enfermería
			X36 Paciencia al explicar de las enfermeras
			X37 Consideración con personas ancianas
			X38 Saludo del personal de enfermería
			X39 Explicación de la medicación
			X40 Coordinación entre el personal asistencial
			X41 Disposición de ayuda del personal asistencial
			X42 Preocupación del personal asistencial
			X43 Entendió de necesidades
	X44 Atención especial		
	Calidad Funcional	Elementos Tangibles	X45 Tecnología de equipos
			X46 Instalaciones modernas
			X47 Baños de apariencia moderna
			X48 Infraestructura agradable
			X49 Buena decoración
			X50 Seguridad de las instalaciones
			X51 Buena iluminación
			X52 Ambientes limpios
			X53 Baños limpios
X54 Comodidad de las instalaciones			
X55 Áreas climatizadas			
X56 Mantenimiento constante			
X57 Facilidad para encontrar ambientes			
X58 Facilidad de uso de otros servicios			
Calidad Funcional	Estacionamiento	X59 Disponibilidad de estacionamiento	
		X60 Valet parking cortés y atento	
		X61 Estacionamiento seguro	
		X62 Costo del estacionamiento razonable	
Calidad Técnica		X63 Seguimiento posconsulta	
		X64 Personal de enfermería calificado	
		X65 Personal médico calificado	
		X66 Precisión en diagnóstico	
		X67 Precisión en tratamiento	
Imagen		X68 Sinceridad, honestidad y ética	
		X69 Reputación	
		X70 Inversión en nuevas tecnologías	
SATISFACCIÓN DEL USUARIO		Y1 Nivel de satisfacción en general	
		Y2 Expectativas vs. percepción de la satisfacción	
		Y3 Percepción vs. ideal	
LEALTAD		Z1 Comentarios positivos sobre tratamiento recibido	
		Z2 Recomendación del servicio	
		Z3 Reuso del servicio	
CALIDAD EN GENERAL		CG Percepción de la calidad en general	

### **Capítulo III: Metodología**

En el presente capítulo se desarrolló de manera minuciosa la metodología seguida para lograr determinar la influencia de las variables independientes (calidad de servicio y satisfacción) en la variable dependiente (lealtad) respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú. Se expone el tipo así como el diseño de la investigación, para luego dar paso a una detallada exposición de la investigación cualitativa y cuantitativa con sus respectivas descripciones del proceso de muestreo, recolección, procesamiento y análisis de los datos.

#### **3.1 Tipo de Investigación**

La presente investigación es mixta, básica, aplicada, de lógica inductiva, lógica deductiva y de alcance correlacional - causal.

La parte cualitativa de la investigación se llevó a cabo debido a que se deseaba conocer a profundidad cuáles son las percepciones y necesidades (insights), tanto las conocidas como las no evidenciadas hasta el momento en la literatura científica, que están relacionadas con la calidad de servicio respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú. Esta se desarrolló utilizando la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly, la cual tiene como base un proceso de entrevistas en profundidad y se utiliza una guía de preguntas semiestructurada. El desarrollo de la investigación cualitativa en el presente trabajo de investigación se sustentó en que, como indica Arbaiza (2014), el análisis de datos, al no ser numérico ni estadístico, se enfoca en obtener respuestas subjetivas y experiencias de los participantes del estudio: opiniones, creencias, actitudes, emociones, etc. La información obtenida puede provenir de la observación de comportamientos o de la comunicación verbal y no verbal de los participantes, con el fin de mostrar una realidad o una situación específica de forma activa sin ningún tipo de manipulación por parte del investigador, únicamente con la intención de comprenderla y

darle un significado. El investigador cualitativo cumple un rol principalmente reflexivo, pero a su vez interactúa y se vincula con todos los participantes en su investigación, sean sus informantes, sus encuestadores, sus colaboradores, etc.; es decir, es un actor y un medio para intentar comprender un fenómeno particular en un contexto determinado. En esta misma línea, Creswell (2014) señala que la investigación cualitativa es un proceso de búsqueda para la comprensión de problemas sociales tomando como base las palabras de los informantes. Por su parte, Hair et al. (2010) indican que con la investigación cualitativa se trata de entender a los participantes en la investigación, más que de acomodar sus respuestas en categorías determinadas con poco margen para matizar o explicar sus respuestas. Así, la investigación cualitativa descubre reacciones y resultados imprevistos; por tanto, un objetivo común de esta investigación es alcanzar conocimientos preliminares de los problemas de investigación. Otro objetivo de la investigación cualitativa es incidir más profundamente en aspectos para los cuales la investigación cuantitativa sería demasiado somera, como los motivos subconscientes de los consumidores. Adicionalmente, permite a los investigadores acercarse a sus clientes y posibles clientes más que con estudios cuantitativos.

El que la presente investigación haya sido también cuantitativa se debe a que, como menciona Sarduy (2007), este tipo de investigación trata de determinar la fuerza de asociación o relación entre variables, así como la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra. De aquí se puede hacer inferencia a una población de la cual esa muestra procede. Hair et al. (2010) mencionan que la principal meta de la investigación cuantitativa es obtener información para hacer predicciones atinadas entre factores del mercado y conductas, profundizar en el conocimiento de esas relaciones, validar las relaciones así como someter a prueba las hipótesis. Creswell (2014) refiere que la investigación cuantitativa es un enfoque para poner a prueba teorías objetivas a

través de la evaluación de la relación entre las variables. Estas variables, a su vez, pueden medirse, usualmente a través de instrumentos, de modo que los datos pueden analizarse mediante procedimientos estadísticos.

La investigación fue cualitativa y cuantitativa las cuales, como señala Newman y Benz (1998), citado por Creswell (2014), no deberían ser vistos como polos opuestos o dicotomías; en cambio, representan extremos de un continuo. En este contexto, Arbaiza (2014) indica que este enfoque nace de la creciente necesidad de interdisciplinariedad en el desarrollo de la ciencia, pues cada disciplina aporta sus propios métodos para el estudio de un fenómeno de interés en distintos campos. Sam Daniel y Sam (2011) indican que la investigación mixta, al tener múltiples objetivos y abordajes que posibilitan el estudio de un problema en diferentes contextos y condiciones, se vuelve más compleja que la cuantitativa y cualitativa independientemente. Hair et al. (2010) refieren que los conocimientos preliminares de los problemas de investigación obtenidos mediante la metodología cualitativa pueden ser proseguidos de una investigación cuantitativa para verificar los resultados cualitativos.

Por otro lado, el presente trabajo contribuyó de forma básica o fundamental al conocimiento teórico. Esto debido a que generó y amplió los conocimientos sobre las percepciones y necesidades (insights) tanto conocidas como las no evidenciadas hasta el momento en la literatura científica relacionadas con la calidad de servicio de los usuarios de la consulta externa de las clínicas en el Perú. Resultado de esto es que se ha determinado por primera vez que la calidad de servicio, en el contexto de la salud privada, está compuesta por la dimensión calidad funcional así como por la dimensión calidad técnica. Adicionalmente, se ha realizado el aporte de tres nuevas sub-dimensiones a la dimensión calidad funcional.

Asimismo, también por su resultado, esta investigación ha contribuido de forma aplicada toda vez que ha sido adaptada a una situación del mundo real, permitiendo conocer las variables relacionadas con el constructo calidad de servicio, las cuales pueden ser utilizadas por las clínicas con la finalidad de constituirse en un factor de diferenciación así como para formular estrategias más eficaces.

Por otro lado, en relación al enfoque cualitativo, el estudio fue de lógica inductiva ya que obtuvo conclusiones generales a partir de premisas particulares y, respecto al enfoque cuantitativo, el estudio fue de lógica deductiva ya que la conclusión se encontraba implícita dentro las premisas; es decir, las conclusiones fueron una consecuencia necesaria de las premisas. En este sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2010) indican que en el enfoque cualitativo se aplica la lógica inductiva, de lo particular a lo general (de los datos a las generalizaciones – no estadísticas – y la teoría). Asimismo, estos autores señalan que en el enfoque cuantitativo se aplica la lógica deductiva, de lo general a lo particular (de las leyes y teoría a los datos). Creswell (2014) señala que en la lógica inductiva el investigador elabora hipótesis y teorías a partir de los detalles.

Finalmente, considerando que con la presente investigación se pretende conocer la relación e influencia entre la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad de los usuarios de la consulta externa de las clínicas en el Perú, su propósito o alcance fue correlacional - causal. Hernández et al. (2010) mencionan que los estudios correlacionales tienen como finalidad el conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. Bernal (2010), citado por Arbaiza (2014), indica que la correlación examina asociaciones pero no relaciones causales, donde un cambio en un factor influye directamente en un cambio en otro. Por este motivo se aplicó el modelo de ecuaciones

estructurales (SEM, por sus siglas en Inglés) el cual, como indica Hair et al. (1999), permite separar las relaciones para cada conjunto de variables y es la técnica de estimación más adecuada y eficiente para series de estimaciones de ecuaciones simultáneas mediante regresiones múltiples.

### **3.2 Diseño de la Investigación**

Dentro del enfoque cualitativo, el diseño de la investigación recayó en el grupo de los métodos interpretativos ya que solo se obtuvieron los datos tal cual fueron manifestados por los entrevistados. Bernal (2010), citado por Arbaiza (2014), indica que este enfoque trata de profundizar en el conocimiento de los rasgos determinantes de un fenómeno a partir de la información obtenida de la población estudiada.

Por otro lado, dentro del enfoque cuantitativo, el diseño de la presente investigación se circunscribe en el grupo de métodos pospositivistas de tipo no experimental (estudio de campo) y transversal. Creswell (2014) señala que los métodos pospositivistas, cuya cosmovisión es llamada método científico o investigación científica, han representado la forma tradicional de investigación y representa el pensamiento después del positivismo, desafiando la noción tradicional de la verdad absoluta del conocimiento y reconociendo que no podemos ser positivos acerca de nuestras afirmaciones de conocimiento cuando estudiamos las acciones y el comportamiento humano.

Creswell (2014) señala, además, que los elementos principales del pospositivismo son: determinista (en la que las causas probablemente determinan los efectos o los resultados), reduccionista (la intención es reducir las ideas en un conjunto pequeño y discreto para probar, como las variables que comprenden hipótesis y preguntas de investigación), observación empírica y medición (desarrollo de medidas numéricas de observaciones y estudio del comportamiento de los individuos) y, finalmente,

verificación teórica (el investigador comienza con una teoría, recopila datos que apoyan o refutan la teoría, luego hace las revisiones necesarias y realiza pruebas adicionales).

La investigación fue no experimental debido a que se tomaron los datos obtenidos de los cuestionarios. De esta manera, no se manipularon las variables para encontrar el resultado. Hernández et al. (2010) indican que, en la investigación no experimental, los estudios se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural después de analizarlos.

Asimismo, este fue un estudio transversal ya que tomó lo que estuvo sucediendo en una población en un momento determinado, lo que permitió extraer conclusiones acerca de los fenómenos a través de una amplia población. Hernández et al. (2010) indican que los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

### **3.3 Investigación Cualitativa**

Tuvo como objetivo el identificar a profundidad cuáles son las percepciones y necesidades (insights), tanto las conocidas como las no evidenciadas hasta el momento en la literatura científica, que están relacionadas con la calidad de servicio respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú. Para esto se realizaron entrevistas en profundidad siguiendo la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly. Tomando como base la investigación cualitativa, se partió de los datos obtenidos de la entrevista en profundidad en donde emergieron significados del fenómeno social a investigar. Robles (2011) indica que los estudios cualitativos se apoyan en la interpretación de la realidad social y que dentro de estos estudios se encuentra la entrevista en profundidad, la cual juega un papel importante ya que se construye a partir de reiterados encuentros cara a

cara entre investigador y los informantes con el objetivo de ingresar en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno.

### **3.3.1 Proceso de muestreo.**

#### ***3.3.1.1 Definición de la población.***

La población estuvo formada por personas mayores de 20 años (etapa de vida adulto y adulto mayor<sup>1</sup>) que residían en la ciudad Lima y que hayan utilizado o conozcan el servicio de consulta externa de las clínicas<sup>2</sup> y que, a su vez, no hayan requerido ser hospitalizados para el tratamiento de la patología por la cual utilizó dicho servicio.

#### ***3.3.1.2 Tamaño de muestra.***

Morse (1995) indica que el muestreo en investigación cualitativa se debe recolectar datos hasta llegar al punto de saturación. En esa misma línea, Blasco y Otero (2008) mencionan que (como se cita en Robles, 2011) las sesiones de entrevistas en profundidad concluirán cuando se llegue al punto de saturación, momento en el cual las conversaciones no aportan nada nuevo a la información que ya hemos obtenido. Marshall, Cardon, Poddar y Fontenot (2013) señalan que el concepto de saturación de datos fue desarrollado originalmente por los estudios de la teoría fundamentada pero que es aplicable a toda investigación cualitativa que utiliza las entrevistas como fuente de datos primarios. Indican también que estimar el adecuado tamaño de muestra está directamente relacionado con el concepto de saturación.

---

<sup>1</sup> Según el Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS) del Ministerio de Salud, la etapa de vida adulto está comprendida entre los 20 y 64 años, reconociéndose en su interior tres grupos con diferentes necesidades y procesos: adulto joven (entre los 20 y 24 años), adulto intermedio (entre los 25 y 54 años) y el adulto pre - mayor (entre los 55 y 64 años). La etapa de vida adulto mayor comprende a la población de 65 años a más.

<sup>2</sup> Se denomina consulta externa a aquel servicio de salud ambulatorio brindado en las instituciones de salud públicas o privadas con la finalidad de realizar, generalmente, el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de una enfermedad.

Mason (2010) indica que, como resultado de los numerosos factores que pueden determinar el tamaño de muestra en los estudios cualitativos, muchos investigadores evitan sugerir lo que sería un tamaño de muestra suficiente. Marshal et al. (2013) recomiendan que, en investigación de sistemas de información, el desarrollo de la teoría fundamentada debería incluir entre 20 y 30 entrevistas. Asimismo, estos autores señalan que en el estudio de casos únicos debería incluir entre 15 a 30 entrevistas. Por otro lado, en el 2006, Guest, Bunce y Johnson (como se cita en Mason, 2010), encontraron solo siete referencias en la literatura que proporcionaban una guía sobre los tamaños de muestra efectivos según los estudios cualitativos a desarrollar:

- Etnografía y Etnociencia:
  - Morse (1994): 30 – 50 entrevistas.
  - Bernard (2000): 30 – 60 entrevistas.
- Teoría fundamentada:
  - Creswell (1998): 20 – 30 entrevistas.
  - Morse (1994): 30 – 50 entrevistas.
- Fenomenología:
  - Creswell (1998): 5 – 25 entrevistas.
  - Morse (1994): por lo menos seis entrevistas.
- Todos los estudios cualitativos:
  - Bertaux (1981): 15 entrevistas es la muestra aceptable más pequeña.

De la revisión anterior se decidió la recolección de datos hasta llegar al punto de saturación, en la cual la muestra no sería inferior a 15 entrevistas.

### ***3.3.1.3 Selección de los elementos de la muestra.***

La muestra ha sido seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. De esta manera, se incluyó en la muestra a usuarios de la consulta externa

de las clínicas a los que se tenía mayores posibilidades de acceso; es decir, a criterio y conveniencia del investigador. Para esto, se solicitó a familiares de personas conocidas por el investigador y que cumplieran con los criterios de inclusión (que hayan utilizado o conozcan el servicio de consulta externa de las clínicas y que, a su vez, no hayan requerido ser hospitalizados para el tratamiento de la patología por la cual utilizó dicho servicio) para que participen en la entrevista en profundidad.

Hair et al. (2010) mencionan que en el muestreo no probabilístico se desconoce la probabilidad de seleccionar cada unidad de muestreo. Por este mismo motivo, se desconoce también el porcentaje de error. Vara (2012), citado por Arbaiza (2014), indica que para un muestreo no probabilístico se utilizan procedimientos más informales que los utilizados en el muestreo probabilístico y que los criterios de elección de los casos considerados típicos de la población, son racionales.

En relación al muestreo no probabilístico por conveniencia, Hair et al. (2010) refieren que este es un método en el que las muestras se extraen sobre la base de la comodidad. Tiene como supuesto en que la población objetivo es homogénea y que las personas entrevistadas son semejantes a la población objetivo definida en general, por lo que toca a la característica que se está investigando. Asimismo, manifiestan que el muestreo no probabilístico por conveniencia tiene como una de sus principales ventajas el que permite entrevistar a un gran número de encuestados en un tiempo relativamente corto. Por este motivo, se utiliza comúnmente en las primeras etapas de la investigación, como lo es en el desarrollo del constructo, en la medición de escala así como en las pruebas piloto de los cuestionarios.

### **3.3.2 Recolección de datos.**

Para poder recolectar los datos referidos a la identificación de los insights del consumidor<sup>3</sup> relacionados con su percepción de calidad de servicio, se realizaron entrevistas en profundidad cara a cara de tipo estructurada para la cual se utilizó una guía de preguntas. Se contó con la colaboración de una asistente profesional de la salud para el desarrollo de las entrevistas en profundidad. Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de mayo y junio de 2015.

#### ***3.3.2.1 Diseño del instrumento para obtener los datos.***

La técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly se basa en el supuesto que los seres humanos construimos unos significados con los que organizamos nuestro entorno físico y social. De esta manera, esta técnica está dirigida a evaluar los constructos personales del entrevistado (Feixas, De La Fuente, & Soldevila, 2003). Baxter, Goffin y Szwejczewski (2014) indican que la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly es un método que permite explorar cómo una persona construye el significado del constructo a evaluar. Se utiliza de manera eficaz en la identificación de los insights de los consumidores. En los Apéndices B y C se describe el fundamento científico del uso de la Técnica de la Rejilla de Repertorio Kelly y el proceso de aplicación de esta técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly, respectivamente. Asimismo, se elaboró un instrumento denominado “Ficha de entrevista en profundidad” en donde se plasmaron los datos obtenidos en la entrevista. Consta de dos partes, la primera en donde se consignaron los datos generales de información sociodemográfica y, en la segunda, se

---

<sup>3</sup> Los insights del consumidor (customer insights) son un entendimiento profundo de las necesidades y comportamientos del cliente, tanto las necesidades conocidas que el consumidor pueda identificar, así como las necesidades latentes que no pueda identificar (Neighbor & Kienzle, 2012).

enfocó en el proceso de entrevista que sigue la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly (ver Apéndice D).

### ***3.3.2.2 Aplicación de la guía de preguntas.***

Una vez reunido con el entrevistado se procedió a explicar el propósito de la entrevista así como informar que su contribución iba a aportar a la generación de conocimiento científico. Acto seguido, se continuó con la realización de la entrevista en profundidad utilizando la ficha de entrevista en profundidad. Se contó con la colaboración de una asistente profesional de la salud para el desarrollo de las entrevistas así como se realizó un registro de gráfico y de audio de cada una de las entrevistas realizadas. La duración de las entrevistas tuvo un rango de 35 a 60 minutos, siendo 45 minutos el tiempo promedio de duración.

### ***3.3.2.3 Trabajo de campo.***

El trabajo se realizó desarrollando las entrevistas en profundidad cara a cara con cada una de las personas que fueron seleccionadas en un ambiente elegido por el entrevistado en donde se sintiera lo más cómodo posible. Así, las entrevistas se desarrollaron en escenarios como el domicilio, centro de labores, locales comerciales, etc. La entrevista se completó cuando los entrevistados no pudieron identificar más constructos únicos (punto de saturación), lo cual típicamente ocurre después de alrededor diez constructos identificados (Baxter et al., 2014).

En el proceso de recolección de datos a través de las entrevistas en profundidad utilizó una guía de preguntas semiestructurada y se continuó hasta alcanzar el punto de saturación, punto en el cual se evidenció una cierta diversidad de constructos y con cada entrevista adicional no aparecieron ya otros elementos. Así, se realizaron 20 entrevistas en profundidad, no encontrándose nuevos insights en esta última entrevista.

### 3.3.3 Procesamiento y análisis de datos.

#### 3.3.3.1 *Procesamiento de datos.*

Las 20 fichas de entrevistas conteniendo los elementos obtenidos son plasmados en una matriz, la cual toma el nombre de “rejilla”. De esta manera, se obtuvo el consolidado de todos los insights, siendo 193 los insights del consumidor identificados a lo largo de las 20 entrevistas en profundidad (Tabla 9).

#### 3.3.3.2 *Análisis de datos.*

Como originalmente la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly fue desarrollada para el uso de un entrevistado, se aplicaron los siguientes pasos para procesar los datos obtenidos en cada una de las entrevistas realizadas:

- Cada insight del consumidor y su respectivo contrapolo de todas las entrevistas realizadas fueron impresas en una carta denominada carta de insights, tal como se ilustra en la Figura 11.

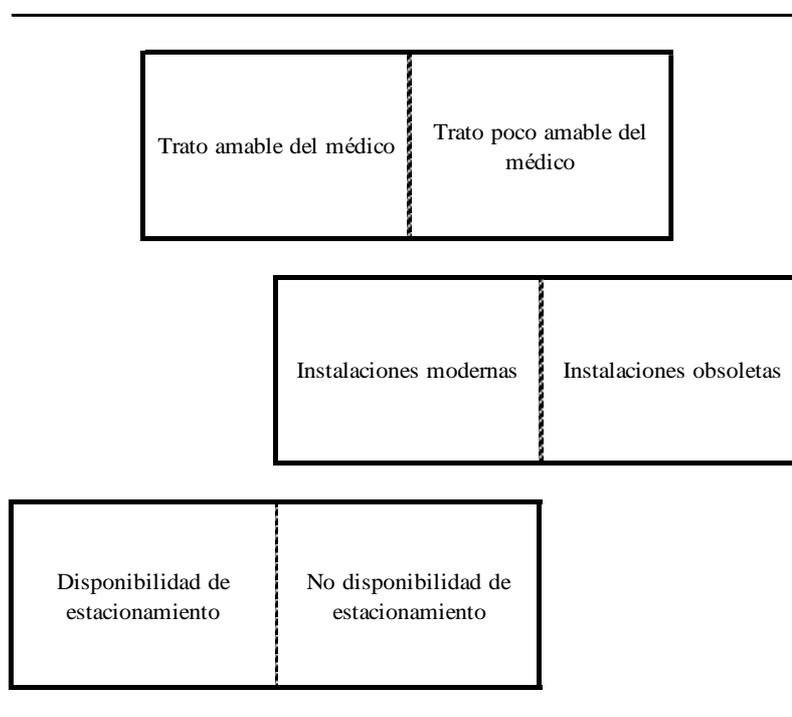


Figura 11 . Ilustración de tres cartas de insights en donde se consigna el insight del consumidor con su respectivo contrapolo.

**Tabla 9.**  
*Insights del Consumidor Identificados en las Entrevistas en Profundidad.*

Insights del Consumidor Identificados								
Entrevista 1	Rápida atención	Diagnóstico certero	Sistema organizado	Poco tiempo de espera	Infraestructura moderna	Equipamiento moderno	Ambientes limpios	Gentileza en recepción
	Atención amable de los doctores	Fácil parqueo						
Entrevista 2	Buena limpieza	Instalaciones modernas	Amplio estacionamiento	Buen trato en recepción	Adecuada comunicación	Áreas climatizadas	Atención rápida	Profesionales con experiencia
Entrevista 3	Atención rápida	Compromiso con el paciente	Instalaciones modernas	Sistema de citas óptimo	Buen mantenimiento de instalaciones	Trato humano	Instalaciones cómodas	Instalaciones seguras
	Equipos nuevos	Buen servicio en recepción	Buena atención del personal auxiliar					
Entrevista 4	Atención personalizada	Estacionamiento disponible	Amabilidad de personal auxiliar	Infraestructura moderna	Consultas disponibles	Limpieza ambientes	Atención amable doctores	Atención amable doctores
	Confianza	Buena infraestructura						
Entrevista 5	Buena decoración	Instalaciones cómodas	Equipos modernos	Amabilidad del personal	Facilidad para programar citas	Disponibilidad de estacionamiento	Trato horizontal	Interés por las personas mayores
Entrevista 6	Limpieza instalaciones	Amabilidad personal	Atención rápida en la parte administrativa	Seguridad en instalaciones	Sentirse importante	Certeza en el tratamiento	Atención personalizada	Baños limpios
	Profesionales actualizados							
Entrevista 7	Muy buen servicio de los médicos	Mantenimiento de la clínica	Infraestructura adecuada	Buena comunicación con los médicos	Limpieza del personal médico	Trato personalizado y familiar	Instalaciones cómodas	Equipos de última tecnología
	Estacionamiento incluido							

*Continúa ...*

Insights del Consumidor Identificados								
Entrevista 8	Atención de especialistas en diversos horarios	Modernos ambientes	Iluminación adecuada	Equipos de vanguardia	Buena Limpieza de la clínica	Profesionales médicos reconocidos	Buen diagnóstico	Paciencia al explicar de los profesionales
	Tiempo razonable de espera							
Entrevista 9	Ambiente moderno	Ambientes limpios	Amabilidad en recepción	Diagnóstico preciso	Médicos atentos	Comodidad para acceso de discapacitados	Consulta rápida	Parqueo disponible
	Rapidez al usar seguros	Precio de estacionamiento asequible						
Entrevista 10	Buena limpieza de la clínica	Modernidad	Velocidad de atención	Instalaciones cómodas	Equipos tecnológicos nuevos	Poco tiempo de espera	Buen servicio del médico	Baños limpios
	Buena infraestructura							
Entrevista 11	Excelente servicio de los médicos	Tecnología de punta	Instalaciones limpias	Trato cordial de médicos	Atención especialidades en varios horarios	Sistema organizado	Médico se lava las manos entre cada paciente	Salas de espera cómodas
	gentileza de las enfermeras	Estacionamiento disponibles	Consideración con personas mayores					
Entrevista 12	Rapidez en atención	Velocidad en recepción	Equipos modernos	Amplias salas de espera	Personal recepción muy cortez	Profesionales altamente calificados	Personal auxiliar saluda	Constante mantenimiento
	Disponibilidad de horarios de consulta	Infraestructura moderna						
Entrevista 13	Rapidez en atención	Atención buena en recepción	Mantenimiento constante	Buena limpieza	Valet parking atento	Atienden con una sonrisa	Rapidez en recepción	Sin aglomeración de pacientes
	Atentos a resolver dudas	Sillas cómodas de espera						
Entrevista 14	Modernidad	Eficiencia en la recepción del paciente	Agradable decoración	Varios turnos de atención	Esgtacionamiento disponible	Inmediata atención	Fácil resrvar citas	estacionamiento seguro

*Continúa ...*

Insights del Consumidor Identificados								
Entrevista 15	Personal fijo	Equipos de última tecnología	Limpieza	Personal amable	comodidad de sala de espera	Baño apariencia moderna	Sistema de cobro organizado	Buena comunicación con el paciente
	Sistema de cobro organizado	Buena comunicación con el paciente						
Entrevista 16	Fluidez en comunicación con el médico tratante	Instalaciones cómodas	Espacio para estacionar	Infraestructura moderna	Compromiso y sensibilidad con el paciente	Trato gentil en recepción al paciente	Instalaciones seguras	Buena tarifa de estacionamiento
	Limpieza extraordinaria							
Entrevista 17	Trato amigable del personal de salud	Información confiable	Baño limpio	Personal calificado	Comodidad de instalaciones en general	Tiempo adecuado de espera	Disponibilidad de estacionamiento	Disponibilidad de atención
	Buen trato personal administrativo	Baño moderno	Limpieza del personal médico	Seguridad en aparcamiento				
Entrevista 18	Buena calidad de conocimiento de los médicos	Buena atención personal administrativo	Instalaciones nuevas	Pronta atención	Disponibilidad de horarios de atención	Precio razonable del parqueo	Instalaciones cómodas	Explicación a profundidad
	Reserva rápidas citas online	Eficaz Respuesta del personal administrativo	Eficaz atención médica	Facilidad para estacionamiento	Precio adecuado estacionamiento	Consultorios cómodos	Apropiado seguimiento del médico posconsulta	Tiempo de espera oportuno para ser atendido
Entrevista 19	Agradable Infraestructura	Poca afluencia de pacientes en ciertas áreas	Atención amable de personal de enfermería	Disponibilidad de horarios en la atención médica	Limpieza	Buena Iluminación	Tiempo de respuesta rápida	Información brindada confiable
	Tiempo de respuesta rápida	Información brindada confiable						
Entrevista 20	Trato amable administrativo	Rapidez de la atención en la parte administrativa	Trato amable del médico	Certeza en tratamiento	Infraestructura adecuada (pintura, distribución)	Precio razonable del estacionamiento	Sala de espera cómoda	Disponga de estacionamientos suficientes

- Se realizó la agrupación de las cartas de insights con significados iguales o similares y, acto seguido, se identificó un insight representativo de cada uno de los grupos de insights con significados iguales o similares, tal como se ilustra en la Tabla 10.

Luego de la agrupación de insights con significados iguales o similares quedaron un total de 47 que corresponden a variables relacionadas con la calidad de servicio en la consulta externa de las clínicas en el Perú (Tabla 11).

#### **3.3.4 Resultados.**

Al realizar la agrupación de los insights de similares características, se obtuvo un total de siete conjuntos de insights del consumidor. Al ser relacionados con las dimensiones de la calidad de servicio identificados en la literatura científica, estos conjuntos de insights se agruparon con las siguientes dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, elementos tangibles y calidad técnica. Solo un conjunto no se relacionó con alguna dimensión y, ya que los cuatro insights que conforman este conjunto hablan del aparcamiento de los vehículos, se denominó “Estacionamiento” a este conjunto. En la Tabla 12 se evidencia la agrupación de los insights según su relación con las dimensiones de la calidad de servicio. Estos insights fueron, posteriormente, incluidas como variables del instrumento (cuestionario) desarrollado en la parte cuantitativa de la investigación.

**Tabla 10.**  
*Agrupación de Insights con Significados Iguales o Similares.*

Insight Representativo		Insights con significados iguales o similares							
Trato amable de los médicos	Atención amable de los doctores	Atencion amable doctores	Trato cordial de médicos	Atienden con una sonrisa	Trato amigable del personal de salud	Trato amable del médico			
Médicos atentos	Médicos atentos								
Compromiso con el paciente	Compromiso con el paciente	Compromiso y sensibilidad con el paciente							
Confianza	Confianza								
Sentirse importante	Sentirse importante								
Excelente servicio	Muy buen servicio de los médicos	Buen servicio del médico	Excelente servicio de los médicos						
Atento a resolver dudas	Atentos a resolver dudas								
Limpieza del personal médico	Limpieza del personal médico	Médico se lava las manos entre cada paciente	Limpieza del personal médico						
Buena comunicación entre el médico y el paciente	Adecuada comunicación	Buena comunicación con los médicos	Buena comunicación con el paciente	Fluidez en comunicación con el médico tratante					
Información confiable	Información confiable	Información brindada confiable							
Pronta atención	Rápida atención	Atencion rapida	Atencion rápida	Velocidad de atención	Rapidez en atención	Rapidez en atención	Inmediata atención	Pronta atención	Tiempo de respuesta rápida
Consulta rápida	Consulta rápida								
Tiempo razonable de espera	Poco tiempo de de espera	Tiempo razonable de espera	Poco tiempo de espera	Tiempo adecuado de espera	Tiempo de espera oportuno para ser atendido				
Rapidez de la atención en la parte administrativa	Atención rápida en la parte administrativa	Rapidez al usar seguros	Velocidad en recepción	Rapidez en recepción	Eficiencia en recepción del paciente	Eficaz Respuesta del personal administrativo	Rapidez de la atención en la parte administrativa		
Poca afluencia de pacientes en ciertas áreas	Sin aglomeración de pacientes	Poca afluencia de pacientes en ciertas áreas							
Facilidad para reserva de citas	Reserva de citas sencillo	Sistema de citas optimo	Facilidad para programar citas	Fácil resrvar citas	Reserva rápidas citas online				

*Continua ...*

Insight Representativo		Insights con significados iguales o similares							
Disponibilidad de horarios de atención	Consultas disponibles	Atención de especialistas en diversos horarios	Atención especialidades en varios horarios	Disponibilidad de horarios de consulta	Varios turnos de atención	Disponibilidad de atención	Disponibilidad de horarios de atención	Disponibilidad de horarios en la atención médica	
Sistema organizado	Sistema organizado	Sistema organizado	Sistema de cobro organizado						
Trato horizontal y personalizado	Atención personalizada	Trato horizontal	Atención personalizada	Trato personalizado y familiar					
Personal fijo	Personal fijo								
Trato amable del personal administrativo	Gentileza en recepción	Buen trato en recepción	Buen servicio en recepción	Amabilidad en recepción	Personal recepción muy cortez	Atención buena en recepción	Personal amable	Trato gentil en recepción al paciente	Buen trato personal administrativo
	Buena atención personal administrativo	Trato amable administrativo							
Amabilidad del personal enfermería / auxiliar			Buena atención del personal auxiliar	Amabilidad de personal auxiliar	Amabilidad del personal	Amabilidad personal	gentileza de las enfermeras	Atención amable de personal de enfermería	
Trato humano	Trato humano								
Paciencia al explicar	Paciencia al explicar de los profesionales	Explicación a profundidad							
Consideración con las personas mayores	Interés por las personas mayores	Consideración con las personas mayores							
Personal auxiliar salud	Personal auxiliar salud								
Tecnología de punta	Equipamiento moderno	Equipos nuevos	Equipos modernos	Equipos de última tecnología	Equipos de vanguardia	Equipos tecnológicos nuevos	Tecnología de punta	Equipos modernos	Equipos de última tecnología
	Instalaciones modernas	Infraestructura moderna	Instalaciones modernas	Instalaciones modernas	Infraestructura moderna	Modernos ambientes	Ambiente modemo	Modernidad	Infraestructura moderna
	Infraestructura moderna	Instalaciones nuevas							
Baño moderno	Baño apariencia moderna	Baño moderno							
Agradable infraestructura	Buena infraestructura	Infraestructura adecuada	Buena infraestructura	Agradable Infraestructura	Infraestructura adecuada (pintura, distribución)				
Buena decoración	Buena decoración	Agradable decoración							
Seguridad de instalaciones	Instalaciones seguras	Seguridad en instalaciones	Instalaciones seguras						

*Continúa ...*

Insight Representativo		Insights con significados iguales o similares							
Buena iluminación	Iluminación adecuada	Buena Iluminación							
Ambientes limpios	Ambientes limpios	Buena limpieza	Limpieza ambientes	Limpieza instalaciones	Buena Limpieza de la clínica	Ambientes limpios	Buena limpieza de la clínica	Instalaciones limpias	Buena limpieza
		Limpieza	Limpieza extraordinaria	Limpieza					
Baños limpios	Baños limpios	Baños limpios	Baño limpio						
Comodidad de instalaciones en general	Instalaciones cómodas	Instalaciones cómodas	Instalaciones cómodas	Comodidad para acceso de discapacitados	Instalaciones cómodas	Salas de espera cómodas	Amplias salas de espera	Sillas cómodas de espera	comodidad de sala de espera
	Instalaciones cómodas	comodidad de instalaciones en general	Instalaciones cómodas	Consultorios cómodos	Sala de espera cómoda				
Áreas climatizadas	Areas climatizadas								
Mantenimiento de la clínica	Buen mantenimiento de instalaciones	Mantenimiento de la clínica	Constante mantenimiento	Mantenimiento constante					
Disponibilidad de estacionamiento	Fácil parqueo	Amplio estacionamiento	Estacionamiento disponible	Disponibilidad de estacionamiento	Parqueo disponible	Estacionamiento disponibles	Estacionamiento disponible	Espacio para estacionar	Disponibilidad de estacionamiento
	Facilidad para estacionamiento	Disponga de estacionamientos suficientes							
Valet parking atento	Valet parking atento								
Seguridad en el aparcamiento	estacionamiento seguro	Seguridad en aparcamiento							
Precio razonable / estacionamiento incluido	Estacionamiento incluido	Precio de estacionamiento asequible	Buena tarifa de estacionamiento	Precio razonable del parqueo	Precio adecuado estacionamiento	Precio razonable del estacionamiento			
Seguimiento posconsulta	Apropiado seguimiento del médico posconsulta								
Personal enfermería y auxiliar calificado	Profesionales con experiencia	Profesionales actualizados	Profesionales altamente calificados	Personal calificado					
Profesionales médicos altamente calificados	Profesionales médicos reconocidos	Buena calidad de conocimiento de los médicos							
Diagnóstico certero	Diagnóstico certero	Buen diagnóstico	Diagnóstico preciso						
Certeza en el tratamiento	Certeza en el tratamiento	Eficaz atención médica	Certeza en tratamiento						

**Tabla 11.**  
*Insights del Consumidor Relacionados con la Calidad de Servicio en la Consulta Externa de las Clínicas en el Perú.*

Mantenimiento de la clínica	Precio razonable / estacionamiento incluido	Amabilidad del personal enfermería / auxiliar
Poca afluencia de pacientes en ciertas áreas	Trato amable de los médicos	Trato horizontal y personalizado
Tecnología de punta	Médicos atentos	Sistema organizado
Instalaciones modernas	Compromiso con el paciente	Profesionales médicos altamente calificados
Baño moderno	Confianza	Trato humano
Agradable infraestructura	Sentirse importante	Personal enfermería y auxiliar calificado
Buena decoración	Excelente servicio	Paciencia al explicar
Seguridad de instalaciones	Atento a resolver dudas	Consideración con las personas mayores
Buena iluminación	Limpieza del personal médico	Personal auxiliar salud
Ambientes limpios	Personal fijo	Facilidad para reserva de citas
Baños limpios	Buena comunicación entre el médico y el paciente	Disponibilidad de horarios de atención
Comodidad de instalaciones en general	Información confiable	Diagnóstico certero
Áreas climatizadas	Seguimiento posconsulta	Certeza en el tratamiento
Disponibilidad de estacionamiento	Pronta atención	Tiempo razonable de espera
Valet parking atento	Consulta rápida	Rapidez de la atención en la parte administrativa
Trato amable del personal administrativo	Seguridad en el aparcamiento	

### **3.4 Investigación cuantitativa**

Tuvo como objetivo el conocer cuáles son las dimensiones de la calidad de servicio respecto a la consulta externa en las clínicas, determinar cuál es la dimensión que más influye en la calidad de servicio así como determinar la relación e influencia entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad.

#### **3.4.1 Proceso de muestreo.**

Este proceso involucra la definición de la población, determinación del tamaño de muestra así como la selección de los elementos de la muestra que tuvieron participación durante la aplicación del cuestionario propuesto.

Tabla 12.  
*Agrupación de los Insights según su Relación con las Dimensiones de la Calidad de Servicio.*

Constructo	Dimensiones	Insights
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	Trato amable de los médicos
		Médicos atentos
		Compromiso con el paciente
		Confianza
		Sentirse importante
		Excelente servicio
		Atento a resolver dudas
		Limpieza del personal médico
		Buena comunicación entre el médico y el paciente
		Información confiable
CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	Pronta atención
		Consulta rápida
		Tiempo razonable de espera
		Rapidez de la atención en la parte administrativa
		Poca afluencia de pacientes en ciertas áreas
		Facilidad para reserva de citas
CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	Disponibilidad de horarios de atención
		Sistema organizado
		Trato amable del personal administrativo
CALIDAD FUNCIONAL: EMPATÍA (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	CALIDAD FUNCIONAL: EMPATÍA (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	Personal fijo
		Trato horizontal y personalizado
		Amabilidad del personal enfermería / auxiliar
		Trato humano
		Paciencia al explicar
		Consideración con las personas mayores
		Personal auxiliar saluda
		Tecnología de punta
CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988)	Instalaciones modernas
		Baño moderno
		Agradable infraestructura
		Buena decoración
		Seguridad de instalaciones
		Buena iluminación
		Ambientes limpios
		Baños limpios
		Comodidad de instalaciones en general
		Áreas climatizadas
CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	Mantenimiento de la clínica
		Disponibilidad de estacionamiento
		Valet parking atento
CALIDAD TÉCNICA (Grönroos, 1984)	CALIDAD TÉCNICA (Grönroos, 1984)	Seguridad en el aparcamiento
		Precio razonable / estacionamiento incluido
		Seguimiento posconsulta
		Personal enfermería y auxiliar calificado
		Profesionales médicos altamente calificados
Diagnóstico certero		
Certeza en el tratamiento		

### **3.4.1.1 Definición de la población.**

Selltiz et al. (1980), citado por Hernández et al. (2010), indican que una población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. En la presente investigación, la población estuvo formada por personas de ambos sexos, mayores de 20 años (etapas de vida adulto y adulto mayor) que hayan utilizado el servicio de consulta externa de las clínicas de atención general de mayor poder resolutivo (nivel II-2 y III-1<sup>4</sup>).

En relación a las clínicas con mayor poder resolutivo, según el Registro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – RENIPRESS (elaborado por la Superintendencia Nacional de Salud, organismo técnico especializado adscrito al Ministerio de Salud del Perú), existen en total 31 establecimientos de salud que presentan el nivel de complejidad descrito, los cuales se encuentran ubicados en las regiones de Lima, La Libertad, Lambayeque y Cusco. Para la obtención de la información sobre la cantidad de establecimientos de salud, se utilizaron los siguientes filtros en la página Web del RENIPRESS:

- Link: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>
- Fecha de acceso: 11 de agosto de 2018
- Filtros
  - Departamento: todos
  - Provincia: todas

---

<sup>4</sup> En la clasificación de establecimientos de salud del Ministerio de Salud, estos se categorizan según su nivel de complejidad; es decir, según su grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud (cantidad de recursos humanos, recursos tecnológicos, capacidad resolutiva y capacidad de oferta). Los establecimientos nivel II-2 y III-1 son las instituciones de atención general con mayor poder resolutivo, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de personas con problemas de salud.

- Distrito: todos
- Institución a la que pertenece: privado
- Tipo: establecimientos de salud con internamiento
- Clasificación: hospitales o clínicas de atención general
- Categoría: II-2 y III-1

En la Tabla 13 se describen las clínicas con mayor poder resolutivo en el Perú, incluyendo su ubicación.

Por otro lado, en relación a la cantidad de personas que diariamente se atienden en el servicio de consulta externa de las clínicas de atención general de mayor poder resolutivo, pese a la extensa búsqueda, no se pudo obtener esta información de una fuente oficial o confiable. Por este motivo, y con la finalidad que posteriormente se pueda realizar un muestreo probabilístico sistemático, se procedió a estimar la población de usuarios que mensualmente acuden al servicio de consulta externa de las clínicas. Para lograr esto, se realizó un estudio de flujo de concurrentes a las clínicas con la finalidad de evidenciar la cantidad de asistentes a cada una de las 31 clínicas que forman parte del estudio de investigación. Se tuvieron las siguientes consideraciones:

- Objetivo: determinar la cantidad de pacientes que en promedio acuden a cada una de las 31 clínicas objeto de estudio.
- Procedimiento: conteo y registro de las personas que ingresan por la puerta principal de las clínicas. El conteo de cada clínica se llevó a cabo en dos días distintos. A su vez, cada día se dividió en cuatro turnos:
  - Mañana (desde las 08:00 hs. hasta las 11:00 hs.)
  - Mediodía (desde las 11:00 hs. hasta las 14:00 hs.)
  - Tarde (desde las 14:00 hs. hasta las 17:00 hs.)
  - Noche (desde las 17:00 hs. hasta las 20:00 hs.)

Tabla 13.

*Clínicas de Mayor Poder Resolutivo en Perú.*

Nº	Nombre Comercial	Departamento	Provincia	Distrito	Dirección	Categoría
1	Clínica MacSalud	Cusco	Cusco	Wanchaq	AV. DE LA CULTURA 1410 DISTRITO WANCHAQ	II-2
2	Clínica San Pablo - sede Trujillo	La Libertad	Trujillo	Trujillo	AV. HUSARES DE JUNIN 690, ESQ CON STA. TERESA DE JESUS - URB. LA MERCED	II-2
3	Clínica Metropolitana	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	CALLE MANUEL MARIA IZAGA 154	II-2
4	Clínica del Pacífico	Lambayeque	Chiclayo	Chiclayo	AV. JOSÉ LEONARDO ORTIZ N° 420	II-2
5	Clínica Santa María del Sur	Lima	Lima	San Juan de Miraflores	AV. BELISARIO SUAREZ 998	II-2
6	Clínica Internacional - sede Lima	Lima	Lima	Lima	JR. WASHINGTON 1471	II-2
7	Clínica Javier Prado	Lima	Lima	San Isidro	AV. JAVIER PRADO ESTE 499 URB. JARDIN LIMA	II-2
8	Clínica Maison de Santé - sede Lima	Lima	Lima	Lima	JR. MIGUEL ALJOVIN NRO. 208 -222	II-2
9	Clínica Maison de Santé - sede Sur	Lima	Lima	Chorrillos	AV. CHORRILLOS 171 - 173	II-2
10	Clínica Vesalio	Lima	Lima	San Borja	CALLE JOSEPH THOMPSON N° 140 - URB. SANTO TOMAS	II-2
11	Clínica San Judas Tadeo	Lima	Lima	San Miguel	CALLE CALLE MANUEL RAYGADA N° 170 URB EL CAMPILLO	II-2
12	Clínica Centenario Peruano Japonesa	Lima	Lima	Pueblo Libre	AV. PASO DE LOS ANDES 675	II-2
13	Clínica San Miguel Arcángel	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	JR. LAS GARDENIAS 754-760 URB. - LOS JASMINES	II-2
14	Clínica San Juan Bautista	Lima	Lima	San Juan de Lurigancho	AV. PROCERES DE LA INDEPENDENCIA 1764, MZ. G, LT 10-11-20-21 - URB. LAS FLORES	II-2
15	Clínica Sanna El Golf	Lima	Lima	San Isidro	AV AURELIO MIROQUESADA 1030	II-2
16	Clínica Angloamericana	Lima	Lima	San Isidro	CALLE ALFREDO SALAZAR N° 350	II-2
17	Clínica Cayetano Heredia	Lima	Lima	San Martín de Porres	AV. HONORIO DELGADO 370 INGENIERIA	II-2
18	Clínica San Gabriel	Lima	Lima	San Miguel	AV. LA MARINA 2945-2949-2955-2965 MARANGA	II-2
19	Clínica Providencia	Lima	Lima	San Miguel	CALLE CALLE CARLOS GONZALES 250 URB. MARANGA	II-2
20	Clínica Good Hope	Lima	Lima	Miraflores	AV. MALECON BALTA N° 956, 934, 944 Y AV. GRAU N° 755	II-2
21	Clínica Padre Luis Tezza	Lima	Lima	Santiago de Surco	JR. EL POLO 570 MONTERRICO	II-2
22	Clínica Internacional - sede San Borja	Lima	Lima	San Borja	AV. GUARDIA CIVIL N° 385 AV. GUARDIA CIVIL N° 385	II-2
23	Clínica Maison de Santé - sede Este	Lima	Lima	Santiago de Surco	AV. PROLONGACION ALFREDO BENAVIDES 5362 URB. LAS GARDENIAS	II-2
24	Clínica Jesús del Norte	Lima	Lima	Independencia	AV. CARLOS IZAGUIRRE 153 AVENIDA CARLOS IZAGUIRRE 153	II-2
25	Clínica San Pablo - sede Lima	Lima	Lima	Santiago de Surco	CALLE LA CONQUISTA 145-URB. EL DERBY DE MONTERRICO	II-2
26	Clínica Stella Maris	Lima	Lima	Pueblo Libre	AV. PASO DE LOS ANDES N° 923	II-2
27	Clínica Montefiori	Lima	Lima	La Molina	AV. SEPARADORA INDUSTRIAL N° 1818-1820 (ANTES 380-390) MZ. A1. LT 17-24, URB. CACTUS	II-2
28	Clínica Ricardo Palma	Lima	Lima	San Isidro	AV. JAVIER PRADO ESTE 1066	III-1
29	Clínica Sanna San Borja	Lima	Lima	San Borja	AV. GUARDIA CIVIL N° 337 AV. GUARDIA CIVIL N° 337	III-1
30	Clínica San Felipe	Lima	Lima	Jesús María	AV. GREGORIO ESCOBEDO N° 650	III-1
31	Clínica Delgado	Lima	Lima	Miraflores	AV. ANGAMOS OESTE N°450-490	III-1

- Instrumento: ficha de registro de flujo de visitas a clínicas (ver Apéndice E).
- Criterio de inclusión: cualquier persona con apariencia de ser mayor de edad que acuden a la clínica.
- Criterios de exclusión: personas con apariencia de ser menores de edad, apariencia de ser personal asistencial.
- Fecha de realización del estudio de flujo: del 29 de agosto al 14 de setiembre de 2018.
- Horario de realización del estudio de flujo: de 08:00 hs. a 20:00 hs. (sin considerar los días sábados, domingos ni feriados).

En la Tabla 14 se exponen los resultados del estudio de flujo de concurrentes a cada una de las 31 clínicas, sumando un total de 12,675 concurrentes en promedio (10,572 en Lima y 2,103 en provincias), lo que finalmente constituye el universo de estudio.

#### ***3.4.1.2 Tamaño de muestra.***

La muestra utilizada en la presente investigación recayó en el tipo de muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional. Arbaiza (2014) señala que los datos provienen de una población o universo pero que, usualmente, el observar y evaluar todo un universo no es viable. Por ello, es necesario elegir algunos elementos (muestra representativa) de dicho universo. Indica, además, que en este tipo de muestreo cualquier elemento cuenta con la misma probabilidad de ser elegido e incluido. Asimismo, Vara (2012), citado por Arbaiza (2014), menciona que la muestra probabilística es la más adecuada para identificar índices y describir poblaciones mediante muestras. Por este motivo, este tipo de muestreo es típico y necesario cuando se están realizando investigaciones cuantitativas, descriptivas y correlacionales. Sobre este punto, Hernández et al. (2010), indican que las muestras probabilísticas son

Tabla 14.

*Flujo de Concurrentes a Clínicas de Mayor Poder Resolutivo en el Perú.*

Nº	Nombre Comercial	Departamento	Provincia	Concurrencia diaria Promedio (usuarios)
PROVINCIA				
1	Clínica MacSalud	CUSCO	CUSCO	621
2	Clínica San Pablo - sede Trujillo	LA LIBERTAD	TRUJILLO	458
3	Clínica Metropolitana	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	519
4	Clínica del Pacífico	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	505
LIMA				
5	Clínica Santa María del Sur	LIMA	LIMA	441
6	Clínica Internacional - sede Lima	LIMA	LIMA	449
7	Clínica Javier Prado	LIMA	LIMA	519
8	Clínica Maison de Santé - sede Lima	LIMA	LIMA	357
9	Clínica Maison de Santé - sede Sur	LIMA	LIMA	350
10	Clínica Vesalio	LIMA	LIMA	255
11	Clínica San Judas Tadeo	LIMA	LIMA	259
12	Clínica Centenario Peruano Japonesa	LIMA	LIMA	314
13	Clínica San Miguel Arcángel	LIMA	LIMA	419
14	Clínica San Juan Bautista	LIMA	LIMA	428
15	Clínica Sanna El Golf	LIMA	LIMA	336
16	Clínica Angloamericana	LIMA	LIMA	339
17	Clínica Cayetano Heredia	LIMA	LIMA	306
18	Clínica San Gabriel	LIMA	LIMA	456
19	Clínica Providencia	LIMA	LIMA	320
20	Clínica Good Hope	LIMA	LIMA	325
21	Clínica Padre Luis Tezza	LIMA	LIMA	346
22	Clínica Internacional - sede San Borja	LIMA	LIMA	470
23	Clínica Maison de Santé - sede Este	LIMA	LIMA	458
24	Clínica Jesús del Norte	LIMA	LIMA	533
25	Clínica San Pablo - sede Lima	LIMA	LIMA	580
26	Clínica Stella Maris	LIMA	LIMA	245
27	Clínica Montefiori	LIMA	LIMA	458
28	Clínica Ricardo Palma	LIMA	LIMA	498
29	Clínica Sanna San Borja	LIMA	LIMA	363
30	Clínica San Felipe	LIMA	LIMA	320
31	Clínica Delgado	LIMA	LIMA	428
			Total Lima:	10572
			Total Provincia:	2103
			Total Nacional:	12675

esenciales en los diseños de investigación transeccionales, tanto descriptivos como correlacionales – causales, donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población.

En relación al muestreo probabilístico estratificado, Hair et al. (2010) señalan que en esta técnica la población objetivo definida se dividen en estratos (grupos) y se seleccionan muestras de cada estrato. El objetivo de la estratificación es minimizar la variabilidad dentro de cada estrato así como maximizar las diferencias entre estratos. Refieren, además que una de las ventajas que ofrece este tipo de muestreo es la seguridad de la representatividad en la muestra. Por su parte, Arbaiza (2014) indica que este muestreo es utilizado cuando la población no es homogénea y necesita ser organizada en segmentos o estratos. De esta manera, se selecciona una muestra para cada estrato y estos elementos van a ser más uniformes que los que conforman la población total. Hair et al. (2010) refieren que en la afijación proporcional (llamada también muestreo estratificado proporcionado), el número de elementos que conforman la muestra de cada uno de los estratos es proporcional al tamaño del estrato dentro de la población. Por lo descrito, para determinar el tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula del muestreo estratificado proporcional:

$$\frac{Z^2 \sum_{h=1}^L W_h p_h (1 - p_h)}{e^2}$$

En donde:

- Z: desviación del valor medio aceptado para lograr el nivel de confianza que se desea. En este caso el valor  $Z = 1.96$  (Malhotra, 2008).
- $W_h$ : peso que tiene el estrato de la muestra. Como se desea hallar el tamaño de la muestra considerando todas las proporciones, el valor  $W_h = 1$  (100%)

- Ph: es la proporción que se busca dentro de cada uno de los estratos.  $P = 0.5$  (Malhotra, 2008).
- e: margen de error aceptado. Teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95%, el margen de error considerado fue 0.05 (Malhotra, 2008).

$$n = \frac{(1.96)^2 \sum 1 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2} = 384.16$$

De esta manera, redondeado al siguiente número entero (Malhotra, 2008), el tamaño de muestra es 385. Por otro lado, Hair et al. (1999) refieren que, para la realización del análisis factorial, lo mínimo es tener un número de observaciones cinco veces mayor que el número de variables a ser analizadas, siendo un tamaño aceptable de un ratio de diez a uno. Indican, además, que algunos autores proponen incluso un mínimo de 20 casos por cada variable. Al tener el cuestionario 77 variables a evaluar y aplicando un ratio de 5 a 1, se requiere desarrollar como mínimo 385 cuestionarios; sin embargo, con la finalidad de tener una mejor validación del instrumento y luego de la evaluación de los recursos, se decidió la realización de 5.84 cuestionarios por variable, haciendo un total de 450 cuestionarios, lo que resultó ser el tamaño de muestra a aplicar en la presente investigación.

Para determinar el tamaño de la muestra para cada estrato, se siguieron los pasos que se describen a continuación:

- Paso 1: se obtuvo la concurrencia diaria promedio en cada clínica en valores relativos así como la distribución relativa de la concurrencia en cada uno de los cuatro turnos. La concurrencia total diaria promedio relativa fue de 83.4% y 16.6% en Lima y provincias, respectivamente (ver Tabla 15).

Tabla 15.  
Distribución Relativa de la Concurrencia Diaria a las Clínicas, por Turno.

N°	Nombre Comercial	Departamento	Provincia	Concurrencia Diaria Promedio (usuarios)	Concurrencia Diaria Promedio (%)	Distribución Relativa de la Concurrencia por Turno			
						Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
<b>PROVINCIA</b>									
1	Clínica MacSalud	CUSCO	CUSCO	621	29.5%	35.59%	28.66%	20.45%	15.30%
2	Clínica San Pablo - sede Trujillo	LA LIBERTAD	TRUJILLO	458	21.8%	32.75%	29.26%	19.21%	18.78%
3	Clínica Metropolitana	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	519	24.7%	35.84%	27.17%	19.46%	17.53%
4	Clínica del Pacífico	LAMBAYEQUE	CHICLAYO	505	24.0%	34.65%	27.92%	20.20%	17.23%
<b>LIMA</b>									
5	Clínica Santa María del Sur	LIMA	LIMA	441	4.2%	31.29%	27.89%	23.13%	17.69%
6	Clínica Internacional - sede Lima	LIMA	LIMA	449	4.2%	36.08%	24.28%	22.49%	17.15%
7	Clínica Javier Prado	LIMA	LIMA	519	4.9%	31.79%	22.35%	32.18%	13.68%
8	Clínica Maison de Santé - sede Lima	LIMA	LIMA	357	3.4%	35.85%	28.29%	19.05%	16.81%
9	Clínica Maison de Santé - sede Sur	LIMA	LIMA	350	3.3%	35.14%	30.29%	20.57%	14.00%
10	Clínica Vesalio	LIMA	LIMA	255	2.4%	35.29%	23.14%	22.35%	19.22%
11	Clínica San Judas Tadeo	LIMA	LIMA	259	2.4%	33.20%	28.96%	21.24%	16.60%
12	Clínica Centenario Peruano Japonesa	LIMA	LIMA	314	3.0%	38.22%	23.57%	22.61%	15.61%
13	Clínica San Miguel Arcángel	LIMA	LIMA	419	4.0%	35.56%	28.64%	21.72%	14.08%
14	Clínica San Juan Bautista	LIMA	LIMA	428	4.0%	32.71%	29.67%	22.66%	14.95%
15	Clínica Sanna El Golf	LIMA	LIMA	336	3.2%	38.69%	31.25%	16.07%	13.99%
16	Clínica Angloamericana	LIMA	LIMA	339	3.2%	32.74%	17.11%	22.71%	27.43%
17	Clínica Cayetano Heredia	LIMA	LIMA	306	2.9%	43.79%	27.78%	17.97%	10.46%
18	Clínica San Gabriel	LIMA	LIMA	456	4.3%	33.11%	21.27%	28.95%	16.67%
19	Clínica Providencia	LIMA	LIMA	320	3.0%	29.69%	25.31%	21.88%	23.13%
20	Clínica Good Hope	LIMA	LIMA	325	3.1%	32.62%	32.00%	21.23%	14.15%
21	Clínica Padre Luis Tezza	LIMA	LIMA	346	3.3%	31.21%	22.25%	24.86%	21.68%
22	Clínica Internacional - sede San Borja	LIMA	LIMA	470	4.4%	39.36%	25.74%	20.64%	14.26%
23	Clínica Maison de Santé - sede Este	LIMA	LIMA	458	4.3%	37.55%	31.88%	17.69%	12.88%
24	Clínica Jesús del Norte	LIMA	LIMA	533	5.0%	34.90%	25.89%	21.01%	18.20%
25	Clínica San Pablo - sede Lima	LIMA	LIMA	580	5.5%	33.10%	24.14%	23.97%	18.79%
26	Clínica Stella Maris	LIMA	LIMA	245	2.3%	34.69%	20.41%	22.04%	22.86%
27	Clínica Montefiori	LIMA	LIMA	458	4.3%	32.31%	27.07%	23.80%	16.81%
28	Clínica Ricardo Palma	LIMA	LIMA	498	4.7%	31.53%	24.30%	23.69%	20.48%
29	Clínica Sanna San Borja	LIMA	LIMA	363	3.4%	33.33%	25.62%	19.01%	22.04%
30	Clínica San Felipe	LIMA	LIMA	320	3.0%	30.63%	20.31%	24.69%	24.38%
31	Clínica Delgado	LIMA	LIMA	428	4.0%	38.32%	27.80%	19.86%	14.02%
Total Lima:				10572	83.4%				
Total Provincia:				2103	16.6%				
Total Nacional:				12675	100%				

- Paso 2: se halló qué cantidad de los 450 cuestionarios se aplicaban tanto en Lima como en provincias. Para esto, se multiplicó el tamaño de muestra a aplicar (450 cuestionarios) por la concurrencia total diaria promedio relativa en Lima y en provincias. Así, se halló que se iban a aplicar 375 y 75 cuestionarios en Lima y provincias, respectivamente.
- Paso 3: se determinó la cantidad total de cuestionarios a aplicar por cada clínica. Para hallar este dato, se multiplicó el total de cuestionarios a aplicar (separados Lima y provincias) por la concurrencia diaria promedio relativa en cada clínica.
- Paso 4: se calculó el tamaño de muestra por turno. Esto se hizo multiplicando el total de cuestionarios a aplicar en cada clínica por la distribución relativa de la concurrencia por turno en dicha clínica.

En la Tabla 16 se evidencian los pasos 2, 3 y 4. Con estos pasos, el tamaño de muestra final resultante fue distribuido proporcionalmente según los diversos estratos.

#### ***3.4.1.3 Selección de los elementos de la muestra.***

Para la selección de los elementos que conforman la muestra se aplicó el muestreo aleatorio sistemático, Hair et al. (2010) refieren que esta es una técnica de muestreo que requiere que la población objetivo definida se ordene de alguna forma. En esta misma línea, Arbaiza (2014) señala que este tipo de muestreo consiste en seleccionar una muestra de la población siguiendo un determinado patrón. Hair et al. (2010) señalan, además, que este tipo de muestreo se utiliza frecuentemente debido a que es una forma relativamente fácil de extraer una muestra asegurando al mismo tiempo la naturaleza aleatoria.

Tabla 16.  
Tamaño de Muestra por Turno.

N°	Nombre Comercial	Departamento	Provincia	Concurrencia Diaria Promedio (absoluto)	Concurrencia Diaria Promedio (relativo)	Muestra Total	Distribución del Tamaño de Muestra			
							Mañana	Mediodía	Tarde	Noche
PROVINCIA										
1	Clínica MacSalud	Cusco	Cusco	621	29.5%	22	8	6	4	3
2	Clínica San Pablo - sede Trujillo	La Libertad	Trujillo	458	21.8%	16	5	5	3	3
3	Clínica Metropolitana	Lambayeque	Chiclayo	519	24.7%	19	7	5	4	3
4	Clínica del Pacífico	Lambayeque	Chiclayo	505	24.0%	18	6	5	4	3
LIMA										
5	Clínica Santa María del Sur	Lima	Lima	441	4.2%	16	5	4	4	3
6	Clínica Internacional - sede Lima	Lima	Lima	449	4.2%	16	6	4	3	3
7	Clínica Javier Prado	Lima	Lima	519	4.9%	18	6	4	6	2
8	Clínica Maison de Santé - sede Lima	Lima	Lima	357	3.4%	13	5	4	2	2
9	Clínica Maison de Santé - sede Sur	Lima	Lima	350	3.3%	12	4	4	2	2
10	Clínica Vesalio	Lima	Lima	255	2.4%	9	3	2	2	2
11	Clínica San Judas Tadeo	Lima	Lima	259	2.4%	9	3	3	2	1
12	Clínica Centenario Peruano Japonesa	Lima	Lima	314	3.0%	11	4	3	2	2
13	Clínica San Miguel Arcángel	Lima	Lima	419	4.0%	15	6	4	3	2
14	Clínica San Juan Bautista	Lima	Lima	428	4.0%	15	5	5	3	2
15	Clínica Sanna El Golf	Lima	Lima	336	3.2%	12	4	4	2	2
16	Clínica Angloamericana	Lima	Lima	339	3.2%	12	4	2	3	3
17	Clínica Cayetano Heredia	Lima	Lima	306	2.9%	11	5	3	2	1
18	Clínica San Gabriel	Lima	Lima	456	4.3%	16	5	3	5	3
19	Clínica Providencia	Lima	Lima	320	3.0%	11	3	3	2	3
20	Clínica Good Hope	Lima	Lima	325	3.1%	12	4	4	2	2
21	Clínica Padre Luis Tezza	Lima	Lima	346	3.3%	12	4	3	3	2
22	Clínica Internacional - sede San Borja	Lima	Lima	470	4.4%	17	7	4	4	2
23	Clínica Maison de Santé - sede Este	Lima	Lima	458	4.3%	16	6	5	3	2
24	Clínica Jesús del Norte	Lima	Lima	533	5.0%	19	7	5	4	3
25	Clínica San Pablo - sede Lima	Lima	Lima	580	5.5%	21	7	5	5	4
26	Clínica Stella Maris	Lima	Lima	245	2.3%	9	3	2	2	2
27	Clínica Montefiori	Lima	Lima	458	4.3%	16	5	4	4	3
28	Clínica Ricardo Palma	Lima	Lima	498	4.7%	18	6	4	4	4
29	Clínica Sanna San Borja	Lima	Lima	363	3.4%	13	4	3	3	3
30	Clínica San Felipe	Lima	Lima	320	3.0%	11	3	2	3	3
31	Clínica Delgado	Lima	Lima	428	4.0%	15	6	4	3	2

Para realizar la selección de los elementos que componen la muestra, se siguieron los pasos descritos a continuación:

Paso 1: se halló el arranque de manera aleatoria, el cual indica el número de pacientes que se debe de dejar pasar al inicio de cada turno antes de aplicar el cuestionario. Arbaiza (2014) señala que, en el muestreo sistemático, solamente el elemento inicial se elige aleatoriamente y que los demás elementos se eligen mediante intervalos fijos hasta que se llegue a completar el tamaño calculado para la muestra. Esta se obtuvo utilizando la función aleatoria del software Microsoft Excel.

- Paso 2: se determinó el intervalo de muestreo o coeficiente de elevación (K); es decir, cada cuántos pacientes se iba a aplicar el cuestionario en cada turno. Para esto, se dividió el tamaño de la población (N) entre la muestra (n).

En la Tabla 17 se evidencian los pasos 1 y 2. Con esto, se determina el tamaño de muestra por turno y cálculo del intervalo de muestreo (K).

### **3.4.2 Recolección de datos.**

#### ***3.4.2.1 Diseño del instrumento para obtener los datos.***

Para la presente investigación se utilizó un cuestionario estructurado con ítems elaborados de acuerdo a los objetivos de la investigación. Se utilizó la escala de Likert para la medición de las actitudes (Likert, 1932). Para las alternativas de respuesta de la escala de Likert se utilizó la calificación con los siguientes números: uno (totalmente en desacuerdo), dos (de acuerdo), tres (ni de acuerdo ni en desacuerdo), cuatro (de acuerdo) y cinco (totalmente de acuerdo). Con la finalidad de elaborar el instrumento de medición, se siguió el proceso detallado a continuación:

Tabla 17.

*Determinación del Tamaño de Muestra por Turno y Cálculo del Intervalo de Muestreo (K).*

Nº	Nombre Comercial	Provincia	Concurrencia Diaria Promedio (absoluto)	Concurrencia Diaria Promedio (relativo)	Muestra Total	Tamaño de Muestra por Turno e Intervalo de Muestreo (K)								Arranque
						Turno Mañana		Turno Mediodía		Turno Tarde		Turno Noche		
						Nº Cuestionarios	K	Nº Cuestionarios	K	Nº Cuestionarios	K	Nº Cuestionarios	K	
PROVINCIA														
1	Clínica MacSalud	CUSCO	621	29.5%	22	8	28	6	30	5	25	3	32	20
2	Clínica San Pablo - sede Trujillo	TRUJILLO	458	21.8%	16	5	30	5	27	3	29	3	29	30
3	Clínica Metropolitana	CHICLAYO	519	24.7%	19	7	27	5	28	4	25	3	30	22
4	Clínica del Pacífico	CHICLAYO	505	24.0%	18	6	29	5	28	4	26	3	29	7
LIMA														
5	Clínica Santa María del Sur	LIMA	441	4.2%	16	5	28	4	31	4	26	3	26	17
6	Clínica Internacional - sede Lima	LIMA	449	4.2%	16	6	27	4	27	3	34	3	26	24
7	Clínica Javier Prado	LIMA	519	4.9%	18	6	28	4	29	6	28	2	36	9
8	Clínica Maison de Santé - sede Lima	LIMA	357	3.4%	13	5	26	4	25	2	34	2	30	6
9	Clínica Maison de Santé - sede Sur	LIMA	350	3.3%	12	4	31	4	27	2	36	2	25	24
10	Clínica Vesalio	LIMA	255	2.4%	9	3	30	2	30	2	29	2	25	4
11	Clínica San Judas Tadeo	LIMA	259	2.4%	9	3	29	3	25	2	28	1	43	13
12	Clínica Centenario Peruano Japonesa	LIMA	314	3.0%	11	4	30	3	25	2	36	2	25	10
13	Clínica San Miguel Arcángel	LIMA	419	4.0%	15	6	25	4	30	3	30	2	30	15
14	Clínica San Juan Bautista	LIMA	428	4.0%	15	5	28	5	25	3	32	2	32	30
15	Clínica Sanna El Golf	LIMA	336	3.2%	12	4	33	4	26	2	27	2	24	21
16	Clínica Angloamericana	LIMA	339	3.2%	12	4	28	2	29	3	26	3	31	6
17	Clínica Cayetano Heredia	LIMA	306	2.9%	11	5	27	3	28	2	28	1	32	5
18	Clínica San Gabriel	LIMA	456	4.3%	16	5	30	3	32	5	26	3	25	24
19	Clínica Providencia	LIMA	320	3.0%	11	3	32	3	27	2	35	3	25	1
20	Clínica Good Hope	LIMA	325	3.1%	12	4	27	4	26	2	35	2	23	22
21	Clínica Padre Luis Tezza	LIMA	346	3.3%	12	4	27	3	26	3	29	2	38	6
22	Clínica Internacional - sede San Borja	LIMA	470	4.4%	17	7	26	4	30	4	24	2	34	18
23	Clínica Maison de Santé - sede Este	LIMA	458	4.3%	16	6	29	5	29	3	27	2	30	8
24	Clínica Jesús del Norte	LIMA	533	5.0%	19	7	27	5	28	4	28	3	32	8
25	Clínica San Pablo - sede Lima	LIMA	580	5.5%	21	7	27	5	28	5	28	4	27	2
26	Clínica Stella Maris	LIMA	245	2.3%	9	3	28	2	25	2	27	2	28	29
27	Clínica Montefiori	LIMA	458	4.3%	16	5	30	4	31	4	27	3	26	20
28	Clínica Ricardo Palma	LIMA	498	4.7%	18	6	26	4	30	4	30	4	26	25
29	Clínica Sanna San Borja	LIMA	363	3.4%	13	4	30	3	31	3	23	3	27	22
30	Clínica San Felipe	LIMA	320	3.0%	11	3	33	2	33	3	26	3	26	7
31	Clínica Delgado	LIMA	428	4.0%	15	6	27	4	30	3	28	2	30	28
Total Provincia:			2103	16.6%	75									
Total Lima:			10572	83.4%	375									
Total Nacional:			12675	100.0%										

### *Fase 1: Diseño del Cuestionario Inicial*

- Cada uno de los 47 insights relacionados con la calidad de servicio obtenidos en la investigación cualitativa fueron convertidos en ítems (enunciados) del cuestionario.
- Luego de la revisión bibliográfica, se agregaron ítems adicionales al constructo calidad de servicio. En la Tabla 18 se evidencian los ítems los cuales se obtuvieron de la investigación cualitativa, los obtenidos por investigación de Choi et al., 2005, los obtenidos por la investigación llevada a cabo por Muhammad & Cyril (2010) y los ítems obtenidos de la investigación de Padma et al., (2010). En total sumaron 72 ítems relacionados con la calidad de servicio.
- Posteriormente se agregan tres ítems relacionados con la satisfacción adaptados de la investigación realizada por Turel y Serenko (2006), tres ítems para evaluar la lealtad adaptados de la investigación llevada a cabo por Arab et al. (2012) y, finalmente, se agregó un ítem para evaluar el nivel de calidad en general. En total, el instrumento inicial constó de 79 ítems (Tabla 19).

### *Fase 2: Validación de Contenido*

- Acto seguido se realizó la validación del instrumento. Muñoz en el año 2000, citado por Pedrosa, Suárez-Álvarez y García-Cueto (2013), indica que el test es un instrumento de medición a partir del cual es posible obtener una muestra de conducta sobre la que se pretende hacer ciertas inferencias. Asimismo, definen a la validez como el grado en que el instrumento mide lo que se pretende medir teóricamente. Hernández et al. (2010) lo definen de manera similar al decir que la validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Arbaiza (2014) indica que un instrumento es válido cuando mide de forma precisa el objeto de estudio para el que fue diseñado. En esta misma línea, la

Tabla 18.

*Ítems para Evaluación de la Calidad de Servicio en la Consulta Externa de las Clínicas: Insights + Revisión de la Literatura.*

Dimensiones	Items	Fuentes de Obtención de Ítems			
		Investigación Cualitativa	Choi et al. (2005)	Muhammad & Cyril (2010)	Padma et al. (2010)
CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	X			
	El trato recibido por los médicos es cortés y atento	X	X		
	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problemas de salud	X			
	El médico me inspira confianza, seguridad	X			
	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	X			
	El médico me brinda un excelente servicio	X		X	
	El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación	X	X		
	La apariencia del médico es impecable, limpio	X			
	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	X			
	Creo que la información médica brindada es confiable	X			
	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.		X		
	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.			X	
	Proporciona su servicio en el momento en que prometen u ofrecen hacerlo			X	
	Cuando prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen			X	
	El médico me hizo sentir cómodo		X		
	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.		X		

*Continúa ...*

Dimensiones	Items	Fuentes de Obtención de Ítems			
		Investigación Cualitativa	Choi et al. (2005)	Muhammad & Cyril (2010)	Padma et al. (2010)
CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA	El personal asistencial me atiende de manera rápida	X		X	
	La consulta médica fue rápida	X			
	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	X	X		
	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	X	X		
	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	X			
	Es fácil reservar las citas en esta clínica	X	X		
	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito	X			
	La clínica tiene un sistema de atención organizado	X			
	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.		X		
	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.		X		
	El personal nunca estuvo muy ocupado para atender mis requerimientos				X
	El personal siempre estuvo dispuesto a proporcionar el servicio				X
El personal siempre estuvo listo para proporcionar el servicio				X	
CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD	El trato del personal administrativo es amable	X			
	Tengo la impresión que el personal administrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)	X			
	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	X			
	Me siento seguro en mis visitas aquí				X
	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas				X
El desenvolvimiento del personal me genera confianza				X	
CALIDAD FUNCIONAL: EMPATÍA	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	X	X		
	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	X			
	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	X			
	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	X			
	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	X			
	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.		X		
	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial.		X		
	Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.		X		
	El personal asistencial realmente se preocupa por mí.		X		X
	El personal entendió mis necesidades específicas				X
El personal me brindó una especial atención				X	

*Continua ...*

Dimensiones	Items	Fuentes de Obtención de Ítems			
		Investigación Cualitativa	Choi et al. (2005)	Muhammad & Cyril (2010)	Padma et al. (2010)
CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES	La clínica posee equipos con la última tecnología	X	X	X	
	La clínica posee instalaciones modernas	X		X	
	La clínica posee baños de apariencia moderna	X			
	La infraestructura de la clínica es agradable	X	X	X	
	La clínica posee buena decoración	X			
	Las instalaciones de la clínica parecen seguras	X			
	La clínica posee buena iluminación	X			
	Los ambientes de la clínica son limpios	X			
	Los baños de la clínica son limpios	X			
	Las instalaciones de la clínica son cómodas	X			
	La clínica cuenta con áreas climatizadas	X			
	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	X			
	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).		X		
Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)		X			
CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	X			
	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	X			
	El estacionamiento es un lugar seguro	X			
	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	X			
CALIDAD TÉCNICA	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	X			
	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	X			
	La clínica posee médicos altamente calificados	X			
	El diagnóstico que recibo es preciso	X			
	El tratamiento que recibo me cura a la primera	X			
IMAGEN	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.				X
	Reputación con la que cuenta la clínica.				X
	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.				X

Tabla 19.

*Ítems del Cuestionario Inicial para Evaluar Calidad de Servicio, Satisfacción y Lealtad.*

Constructos	Dimensiones	Ítems		
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos		
		El trato recibido por los médicos es cortés y atento		
		El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problemas de salud		
		El médico me inspira confianza, seguridad		
		Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él		
		El médico me brinda un excelente servicio		
		El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación		
		La apariencia del médico es impecable, limpio		
		Existe una buena comunicación entre el médico y yo		
		Creo que la información médica brindada es confiable		
		El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.		
		El médico realiza los servicios de manera correcta a la primera.		
		El médico proporciona su servicio en el momento en que prometen u ofrecen hacerlo		
		Cuando los médicos prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen		
		El médico me hizo sentir cómodo		
		El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.		
		CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA	El personal asistencial me atiende de manera rápida
				La consulta médica fue rápida
No espero mucho antes de ser atendido por el médico				
La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida				
No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica				
Es fácil reservar las citas en esta clínica				
Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito				
La clínica tiene un sistema de atención organizado				
El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.				
El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.				
El personal nunca estuvo muy ocupado para atender mis requerimientos				
El personal siempre estuvo dispuesto a proporcionar el servicio				
El personal siempre estuvo preparado para proporcionar el servicio				
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD	El trato del personal adminsitrativo es amable		
		Tengo la impresión que el personal admistrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)		
		Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo		
		Me siento seguro en mis visitas aquí		
		Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas		
El desenvolvimiento del personal me genera confianza				

*Continúa ...*

Constructos	Dimensiones	Ítems
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: EMPATÍA	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales. Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería. Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas. Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas. Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería. Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación. Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial. Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían. El personal asistencial realmente se preocupa por mí. El personal entendió mis necesidades específicas El personal me brindó una especial atención
	CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES	La clínica posee equipos con la última tecnología La clínica posee instalaciones modernas La clínica posee baños de apariencia moderna La infraestructura de la clínica es agradable La clínica posee buena decoración Las instalaciones de la clínica parecen seguras La clínica posee buena iluminación Los ambientes de la clínica son limpios Los baños de la clínica son limpios Las instalaciones de la clínica son cómodas La clínica cuenta con áreas climatizadas Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.). Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)
	CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento El estacionamiento es un lugar seguro El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica
	CALIDAD TÉCNICA	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciona con el tratamiento Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados. La clínica posee médicos altamente calificados El diagnóstico que recibo es preciso El tratamiento que recibo me cura a la primera
	IMAGEN	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos. Reputación con la que cuenta la clínica. Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio ambulatorio que recibió en la clínica? ¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas? ¿Qué tan cerca están los servicios ambulatorios ofrecidos por esta clínica a su ideal de servicios de salud?	
LEALTAD	Diré cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo De necesitarlo, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	
CALIDAD EN GENERAL	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	

American Educational Research Association [AERA], la American Psychological Association [APA] y el National Council on Measurement in Education [NCME], citados por Pedrosa et al. 2013, señalan que la validez es el grado en el que la evidencia y la teoría soportan las interpretaciones de las puntuaciones en los tests; es decir, lo que se valida son las inferencias relativas al uso específico de un test y no el test en sí. Se procedió a realizar la validez de contenido, la cual se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide (Hernández et al. 2010); es decir, el nivel en que la variable analizada es representada por la medición (Arbaiza, 2014). Padma et al. (2010), indican que la validez de contenido es el grado en el que el instrumento representa adecuadamente el dominio conceptual que está diseñado a cubrir. Pedrosa et al. (2013) refieren que la validez de contenido es necesaria para realizar las interpretaciones de las puntuaciones obtenidas en los tests y que la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos es el procedimiento más completo para realizar un estudio de validez de contenido en profundidad. Hair et al. (1999) refiere que esta es una evaluación sistemática y subjetiva del nivel en que los componentes medibles de un constructo lo representan. Arbaiza (2014) refiere que, para evaluar la validez de contenido del instrumento, este deberá ser sometido al juicio de expertos (criterio de jueces), quienes analizarán de forma exhaustiva cada ítem o indicador con relación a los elementos más relevantes y pertinentes de la variable de medición. Pedrosa et al. (2013) indican que existen diversos métodos basados en el juicio de expertos como el Método Basado en el Análisis Factorial [Tucker, 1961], Índice de Validez de Contenido [Lawshe, 1975], Índice de Congruencia Ítem-Objetivo [Rovinelli & Hambleton, 1977], V de Aiken [Aiken, 1980], Índice de Congruencia [Hambleton, 1984], Escalamiento Multidimensional y Análisis de Clusters [Sireci & Geisienger, 1992], Método de Capacidades Mínimas [Levine, Maye, Ulm & Gordon, 1997], Rango Interpercentil Ajustado a la Simetría [Fitch

et al., 2001], Coeficiente de Validez de Contenido [Hernández-Nieto, 2002], Índice de validez Factorial [Rubio et al., 2003] y el Índice Promediado de la Desviación Media [Claeys, Nève, Tulkens & Spinewine, 2012]. El coeficiente validez de contenido V de Aiken es un método que tiene como propósito la evaluación de contenido del test basado en el juicio de expertos. Permite evaluar la relevancia de cada ítem respecto a su constructo teniendo en consideración, adicionalmente al número de categorías ofrecidas a los jueces, el número de expertos participantes. A partir de estos datos, se establece el grado de acuerdo sobre la base de la distribución normal y obteniendo una probabilidad asociada a cada ítem (Aiken, 1980). García y García (2013), señalan que el coeficiente V de Aiken permite cuantificar la relevancia de cada ítem respecto de un dominio de contenido formulado por una cantidad determinada de jueces. El valor de este coeficiente oscila entre 0 y 1, siendo este último valor indicativo de un perfecto acuerdo entre los jueces. Por su parte, Ecurra (1998) señala que, para que un ítem sea considerado como válido en grupos de entre 5 y 7 jueces, se requiere que todos los jueces estén de acuerdo considerar valores iguales o mayores de 0.80.

Por su parte, en el año 2012, Vara (citado por Arbaiza, 2014) indica que para realizar la validación de contenido se debe elaborar un formulario para que sea evaluado por los jueces. Este formulario debe de considerar: congruencia, pertinencia, suficiencia, adecuada redacción y presentación de los ítems. La congruencia se refiere a la coherencia; es decir, si el ítem tiene relación lógica con el tema que se está midiendo. La pertinencia denota a la relevancia; es decir, si el ítem es importante o esencial y está relacionado con los objetivos de la investigación). Por su parte, la suficiencia se refiere a si la cantidad de ítems considerados bastan para obtener la medición del tema de investigación. Finalmente, la adecuada redacción y presentación de los ítems hace

referencia a si el ítem se comprende; es decir, si la sintáctica y la semántica son adecuadas.

En el presente estudio, la validez de contenido se realizó mediante la valoración por juicio de expertos y, para ello, se utilizó coeficiente validez de contenido V de Aiken. De esta manera, se contó con la colaboración de cinco expertos calificados (tres expertos con grado doctoral y dos expertos con grado de magíster), cada uno con más de 20 años de experiencia en investigación, docencia y/o medición de la calidad y satisfacción de los usuarios respecto a los servicios brindados en establecimientos de salud. En el Apéndice F se describe una breve reseña académico profesional de los expertos que formaron parte de la validación. Por otro lado, en el Apéndice G se encuentra el oficio dirigido a expertos y la tabla de calificación. En el Apéndice H se presenta la calificación realizada por cada uno de los expertos.

La cuantificación del coeficiente V de Aiken (V) se obtuvo a través de la aplicación de la siguiente fórmula (Aiken, 1985):

$$V = \frac{S}{n(c - 1)}$$

En donde:

- V: coeficiente V de Aiken.
- S: sumatoria de los valores asignados por los jueces al ítem.
- n: número de jueces.
- c: cantidad de valores de la escala de valoración.

En la Tabla 20 se detalla el coeficiente V de Aiken asignado por los jueces. Como se puede evidenciar, de los 79 ítems iniciales, se obtuvieron puntajes superiores a 0.80 en

Tabla 20.  
Detalle de Coeficiente V de Aiken Asignados por los Jueces.

Constructo	Dimensiones	Nº	Ítems	V DE AIKEN			
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD	1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	0.95	0.95	0.95	0.90
		2	El trato recibido por los médicos es cortés y atento	0.7	0.75	0.7	0.4
		3	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problema de salud	0.9	0.95	0.95	0.9
		4	El médico me inspira confianza, seguridad	1	1	0.95	0.95
		5	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	0.9	0.85	0.85	0.8
		6	El médico me brinda un excelente servicio	1	0.9	1	0.95
		7	El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación	0.9	0.95	0.95	0.95
		8	La apariencia del médico es impecable, limpio	0.8	0.8	0.8	0.8
		10	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	0.85	0.9	0.9	0.9
		19	Creo que la información médica brindada es confiable	0.85	0.9	0.9	0.9
		9	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	0.95	0.95	0.95	0.95
	11	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.	0.8	0.7	0.8	0.8	
	17	El médico proporciona su servicio en el momento en que promete u ofrece hacerlo	1	1	0.95	1	
	18	Cuando los médicos prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen	0.9	0.9	0.8	0.9	
	20	El médico me hace sentir cómodo	1	1	1	1	
	21	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.	1	1	1	1	
	CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA	13	El personal asistencial me atiende de manera rápida	0.95	0.9	0.85	0.9
		14	La consulta médica fue rápida	0.9	0.9	0.9	0.9
		15	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	1	1	1	1
		16	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	1	1	1	1
		41	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	0.85	0.85	0.85	0.9
58		Es fácil reservar las citas en esta clínica	0.95	1	1	0.95	
59		Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito	1	1	1	1	
61		La clínica tiene un sistema de atención organizado	1	0.95	0.95	1	
22		El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.	0.85	0.85	0.85	0.85	
23		El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.	1	1	1	1	
33	El personal nunca está muy ocupado para atender mis requerimientos	0.85	0.85	0.8	0.9		
35	El personal siempre está dispuesto a proporcionar el servicio	1	1	1	1		
37	El personal siempre está preparado para proporcionar el servicio	1	1	1	1		

Continua ...

Constructo	Dimensiones	Nº	Items	V DE AIKEN			
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD	47	El trato del personal administrativo es amable	0.95	0.95	0.95	1
		48	Tengo la impresión que el personal admistrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)	0.7	0.65	0.65	0.75
		50	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	0.9	0.8	0.85	0.85
		38	Me siento seguro en mis visitas aquí	0.85	0.85	0.85	0.95
		39	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	0.9	0.9	0.9	0.95
		42	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	0.85	0.85	0.85	0.9
	CALIDAD FUNCIONAL: EMPATÍA	52	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	1	1	1	1
		53	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	0.85	0.85	0.9	0.9
		55	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	1	1	1	1
		56	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	0.95	0.95	0.95	0.9
		57	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	0.9	0.9	0.9	0.8
		49	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	0.85	0.85	0.9	0.9
		51	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial.	0.8	0.8	0.85	0.9
		60	Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.	0.9	0.9	0.9	1
		63	El personal asistencial realmente se preocupa por mí.	0.8	0.8	0.8	0.9
		64	El personal entendió mis necesidades específicas	0.85	0.8	0.8	0.95
		65	El personal me brindó una especial atención	0.95	0.9	0.95	0.95
		CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES	24	La clínica posee equipos con la última tecnología	0.9	1	0.95
	25		La clínica posee instalaciones modernas	0.9	0.9	0.9	0.9
	26		La clínica posee baños de apariencia moderna	0.85	0.8	0.85	0.9
	27		La infraestructura de la clínica es agradable	0.9	0.9	0.9	0.85
	28		La clínica posee buena decoración	0.8	0.85	0.8	0.8
	29		Las instalaciones de la clínica parecen seguras	0.95	0.95	0.95	0.95
	30		La clínica posee buena iluminación	0.9	0.9	0.95	0.95
	31		Los ambientes de la clínica son limpios	0.95	0.95	0.95	0.95
	32		Los baños de la clínica son limpios	0.9	0.9	0.9	0.9
	34		Las instalaciones de la clínica son cómodas	0.9	0.9	0.9	0.9
	36	La clínica cuenta con áreas climatizadas	0.8	0.8	0.8	0.8	
40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	0.85	0.8	0.85	0.85		
66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).	0.95	0.95	0.95	0.95		
67	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	0.9	0.85	0.9	0.9		

*Continua ...*

Constructo	Dimensiones	Nº	Items	V DE AIKEN			
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	1	1	1	1
		44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	0.9	0.9	0.9	0.9
		45	El estacionamiento es un lugar seguro	1	1	1	1
		46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	0.9	0.9	0.9	0.9
	CALIDAD TÉCNICA	12	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	0.95	0.95	0.95	1
		54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	0.9	1	1	1
		62	La clínica posee médicos altamente calificados	1	1	1	1
		69	El diagnóstico que recibo es preciso	1	1	1	1
		70	El tratamiento que recibo me cura a la primera	1	1	0.95	1
	IMAGEN	68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	0.9	0.9	1	1
		71	Reputación con la que cuenta la clínica.	1	0.9	1	1
		72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	0.9	0.9	0.9	0.9
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio que recibió en la consulta externa de la clínica?	1	1	1	1	
	74	¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	0.9	0.75	0.85	0.9	
	75	¿Qué tan cerca está el servicio ofrecido en la consulta externa de esta clínica con su ideal de servicios de salud?	0.9	0.85	0.9	0.9	
LEALTAD	76	Diré cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	1	1	1	1	
	77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	1	1	1	1	
CALIDAD EN GENERAL	78	De necesitarlo, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	1	1	1	1	
	79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	1	1	1	1	

75 ítems en los cuatro criterios evaluados: “suficiencia”, “claridad”, “coherencia” y “relevancia”. Dos ítems (números 2 y 48) presentaron puntajes inferiores a 0.8 en los cuatro criterios evaluados por lo que se procedió a retirarlos del cuestionario.

Finalmente, dos ítems (números 11 y 74) obtuvieron puntajes superiores a 0.80 en tres criterios evaluados y solo obtuvieron un puntaje inferior en el criterio “claridad”. Ya que la claridad hace referencia a sintáctica y la semántica, se tomó en consideración la sugerencia de los jueces y se procedió a cambiar la redacción, quedando esta de la siguiente manera:

- Ítem 11:
  - Redacción original: “Realización de los servicios de manera correcta a la primera”
  - Redacción modificada: “El médico realiza los servicios de manera correcta a la primera”
  
- Ítem 74:
  - Redacción original: “¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?”
  - Redacción modificada: “¿En qué medida el servicio recibido en la consulta externa se ha quedado lejos o ha excedido sus expectativas?”

En la Tabla 21 se exponen los coeficientes validez de contenido V de Aiken para cada una de las dimensiones evaluadas así como del instrumento en general. Como se puede apreciar, este coeficiente alcanza un promedio de 0.94, 0.93, 0.94 y 0.95 para los criterios suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, respectivamente. Asimismo, el coeficiente V de Aiken total del instrumento asciende a 0.94.

Tabla 21.  
*Coefficiente V de Aiken del Instrumento.*

CONSTRUCTO	DIMENSIONES	V DE AIKEN			
		Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia
CALIDAD DE SERVICIO	Calidad Funcional: Fiabilidad	0.92	0.92	0.92	0.91
	Calidad Funcional: Capacidad de Respuesta	0.95	0.95	0.94	0.95
	Calidad Funcional: Seguridad	0.89	0.87	0.88	0.93
	Calidad Funcional: Empatía	0.90	0.89	0.90	0.93
	Calidad Funcional: Elementos Tangibles	0.89	0.89	0.90	0.90
	Calidad Funcional: Estacionamiento	0.95	0.95	0.95	0.95
	Calidad Técnica	0.97	0.99	0.98	1.00
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	Imagen	0.93	0.90	0.97	0.97
		0.93	0.87	0.92	0.93
LEALTAD		1.00	1.00	1.00	1.00
CALIDAD EN GENERAL		1.00	1.00	1.00	1.00
Total V de Aiken por Dimensión		0.94	0.93	0.94	0.95
Total V de Aiken del Instrumento		0.94			

En la Tabla 22 se presentan los ítems finalmente considerados, los cuales han sido renumerados luego de la eliminación de dos ítems por parte de los expertos. En el Apéndice I se presenta el cuestionario completo a ser utilizado durante la fase de la prueba piloto.

### *Fase 3: Prueba Piloto*

Malhotra (2008) señala que la prueba piloto consiste en probar un cuestionario en una muestra pequeña de la población de estudio, habitualmente entre 15 y 30 encuestados, con la finalidad de identificar y minimizar problemas potenciales. Adicionalmente, este autor refiere que se ponen a prueba aspectos relevantes como el contenido, redacción, formato, distribución y dificultad en el entendimiento de los enunciados.

Luego de la validación de contenido, se procedió a realizar la prueba piloto en 60 participantes con características similares a los que posteriormente formarán parte de la muestra. Así, los participantes fueron pacientes concurrentes a la consulta externa de las clínicas Ricardo Palma y Javier Prado durante el periodo comprendido entre el 13 y 16

Tabla 22.

*Ítems Considerados y Renumerados Luego de la Validación de Contenido.*

Constructo	Dimensiones	Numeración Inicial	Descripción del Ítem	Nuevo N° de Ítem
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD	1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	1
		3	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problema de salud	2
		4	El médico me inspira confianza, seguridad	3
		5	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	4
		6	El médico me brinda un excelente servicio	5
		7	El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación	6
		8	La apariencia del médico es impecable, limpio	7
		10	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	8
		19	Creo que la información médica brindada es confiable	9
		9	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	10
		11	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.	11
		17	El médico proporciona su servicio en el momento en que promete u ofrece hacerlo	12
		18	Cuando los médicos prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen	13
		20	El médico me hace sentir cómodo	14
		21	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.	15
	13	El personal asistencial me atiende de manera rápida	16	
	14	La consulta médica fue rápida	17	
	15	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	18	
	16	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	19	
	41	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	20	
	58	Es fácil reservar las citas en esta clínica	21	
	59	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito	22	
	61	La clínica tiene un sistema de atención organizado	23	
	22	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.	24	
	23	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.	25	
	33	El personal nunca esta muy ocupado para atender mis requerimientos	26	
	35	El personal siempre esta dispuesto a proporcionar el servicio	27	
	37	El personal siempre esta preparado para proporcionar el servicio	28	
	47	El trato del personal administrativo es amable	29	
	50	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	30	
	38	Me siento seguro en mis visitas aquí	31	
	39	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	32	
	42	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	33	
	CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD			

*Continua ...*

Constructo	Dimensiones	Numeración Inicial	Descripción del Ítem	Nuevo N° de Ítem
CALIDAD DE SERVICIO	CALIDAD FUNCIONAL: EMPATÍA	52	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	34
		53	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	35
		55	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	36
		56	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	37
		57	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	38
		49	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	39
		51	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial.	40
		60	Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.	41
		63	El personal asistencial realmente se preocupa por mi.	42
		64	El personal entendió mis necesidades específicas	43
		65	El personal me brindó una especial atención	44
		24	La clínica posee equipos con la última tecnología	45
		25	La clínica posee instalaciones modernas	46
	26	La clínica posee baños de apariencia moderna	47	
	27	La infraestructura de la clínica es agradable	48	
	28	La clínica posee buena decoración	49	
	29	Las instalaciones de la clínica parecen seguras	50	
	30	La clínica posee buena iluminación	51	
	31	Los ambientes de la clínica son limpios	52	
	32	Los baños de la clínica son limpios	53	
	34	Las instalaciones de la clínica son cómodas	54	
	36	La clínica cuenta con áreas climatizadas	55	
	40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	56	
	66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).	57	
	67	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	58	
	43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	59	
	44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	60	
	45	El estacionamiento es un lugar seguro	61	
	46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	62	
	12	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	63	
	54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	64	
	62	La clínica posee médicos altamente calificados	65	
	69	El diagnóstico que recibo es preciso	66	
70	El tratamiento que recibo me cura a la primera	67		
68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	68		
71	Reputación con la que cuenta la clínica.	69		
72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	70		
SATISFACCIÓN DEL USUARIO		73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio que recibió en la consulta externa de la clínica?	71
		74	¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	72
		75	¿Qué tan cerca está el servicio ofrecido en la consulta externa de esta clínica con su ideal de servicios de salud?	73
LEALTAD		76	Diré cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	74
		77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	75
		78	De necesitarlo, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	76
CALIDAD EN GENERAL		79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	77

de agosto de 2018. Entre los aspectos relevantes obtenidos durante la aplicación de la prueba piloto se encuentran los siguientes:

- Confusión entre los términos “personal asistencial” o “personal” en los enunciados 16, 40, 41, 42, 43 y 44: a varias personas no le quedaba claro que si esta frase se refería a personal administrativo o de salud.
  - Se modificó el enunciado 16 por el siguiente: “El personal de salud me atendió de manera rápida”.
  - Se modificó el enunciado 40 por el siguiente: “Hubo una buena coordinación entre el personal de salud”.
  - Se modificó el enunciado 41 por el siguiente: “Parecía que el personal de salud trató de ayudarme en todo lo que podía”.
  - Se modificó el enunciado 42 por el siguiente: “El personal de salud realmente se preocupa por mi”.
  - Se modificó el enunciado 43 por el siguiente: “El personal de salud entendió mis necesidades específicas”.
  - Se modificó el enunciado 44 por el siguiente: “El personal de salud me brindó una especial atención”.
- Poca comprensión del enunciado 70 “Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras”.
  - Se modificó el enunciado 70 por el siguiente: “La clínica invierte en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras”

Por otro lado, se halló la medida de fiabilidad a través de la obtención del coeficiente alfa de Cronbach, el cual mide la consistencia interna del instrumento (Cronbach, 1951). Para determinar esto se utilizó el software estadístico SPSS® (Statistical Package for Social Science) versión 24.0 y se obtuvo un coeficiente alfa de

Cronbach global de 0.935, el cual es considerado como de elevada fiabilidad (Hernández et al., 2010).

#### *Fase 4: Diseño del Instrumento Final*

Una vez que se obtuvo la validez de contenido así como la respectiva fiabilidad, el instrumento quedó expedito para su aplicación. El instrumento final constó de 77 ítems estructurados en cinco partes (ver Apéndice J):

- Parte 1. Presentación: texto en donde se presenta el encuestador, se da a conocer el motivo por el cual se está llevando a cabo el estudio, así como la forma confidencial en el manejo de los datos obtenidos.
- Parte 2. Módulo F - Filtro de contacto. Se agregaron las siguientes preguntas filtro con la finalidad de asegurarnos que la persona a ser encuestada se encuentre dentro de los criterios de inclusión:
  - ¿Tiene usted más de 20 años de edad?
  - ¿Se ha atendido en el último mes en la consulta externa de la clínica?
  - ¿En qué clínica se ha atendido? (confirmar que sea una de las 31 clínicas consideradas en la presente investigación).
- Parte 3. Sección A - Calidad de Servicio (funcional, técnica e imagen). Está conformada por 70 ítems distribuidos de la siguiente manera:
  - Ítems 1 – 15: evaluación de la dimensión “Calidad Funcional: fiabilidad”.
  - Ítems 16 – 28: evaluación de la dimensión “Calidad Funcional: capacidad de respuesta”.
  - Ítems 29 – 33: evaluación de la dimensión “Calidad Funcional: seguridad”.
  - Ítems 34 – 44: evaluación de la dimensión “Calidad Funcional: empatía”.

- Ítems 45 – 58: evaluación de la dimensión “Calidad Funcional: elementos tangibles”.
- Ítems 59 – 62: evaluación de la dimensión “Calidad Funcional: estacionamiento”.
- Ítems 63 – 67: evaluación de la dimensión “Calidad Técnica”.
- Ítems 68 – 70: evaluación de la dimensión “Imagen”.
- Parte 4. Sección B - Satisfacción, lealtad y calidad en general. Está conformada por 7 ítems distribuidos de la siguiente manera:
  - Ítems 71 – 73: evaluación del constructo satisfacción.
  - Ítems 74 – 76: evaluación del constructo lealtad.
  - Ítem 77: evaluación de la calidad en general.
- Parte 5. Datos generales. Se consideró la siguiente información de las personas encuestadas: género, edad, estado civil y nivel de instrucción.

#### **3.4.2.2 Aplicación del instrumento.**

Habiéndose obtenido el cuestionario final, se procedió a realizar la aplicación del instrumento utilizando la técnica de entrevista personal. Para llevar esto a cabo, se contó con el apoyo de encuestadores quienes fueron capacitados previamente para la realización del trabajo de campo. La aplicación se realizó mediante interceptación personal una vez concluida la consulta externa. El lugar en donde se llevó a cabo esto fue en las mismas instalaciones de las clínicas (en aquellas en donde se nos estaba permitido) o, en su defecto, en la vía pública más próxima a la institución de salud.

#### **3.4.2.3 Trabajo de campo.**

Fue realizado entre el 26 de setiembre al 10 de octubre de 2018, siguiendo escrupulosamente lo descrito para la realización del muestreo probabilístico. La

duración de la aplicación del cuestionario, incluyendo la etapa de explicación de las instrucciones, fue de 15 minutos aproximadamente. Se solicitó la participación voluntaria de los participantes y se obtuvo una tasa de no respuesta de alrededor del 20%. Las entrevistas personales fueron realizadas de manera anónima para garantizar la confidencialidad y privacidad de los participantes. Se contó, adicionalmente, con un supervisor de campo con la finalidad de asegurar que la aplicación de los cuestionarios se realice de manera correcta, tal cual lo descrito en la selección de los elementos de la muestra.

### **3.4.3 Procesamiento y análisis de datos.**

#### ***3.4.3.1 Procesamiento de datos.***

Bernal (2010), citado por Arbaiza (2014), indica que para la realización del procesamiento de datos es necesario definir los criterios y ordenarlos, elegir las herramientas estadísticas y el paquete estadístico que serán utilizados. Por lo anterior, terminado el proceso de trabajo de campo se procedió a la construcción de la matriz base, la cual servirá para el posterior análisis estadístico. Para esto, se realizó la verificación de todos los cuestionarios con la finalidad de determinar si presentaban algún tipo de omisión en las respuestas. Nunnally y Bernstein (1995), sugieren descartar aquellos que presentan omisiones en las respuestas a los ítems del cuestionario por encima del 10%. Al no encontrarse este nivel de omisión, ningún cuestionario fue descartado.

Los datos obtenidos en los cuestionarios fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo en formato Microsoft Excel y, posteriormente, esta información se procesó en el programa estadístico SPSS® (Statistical Package for Social Science) versión 24.0.

### **3.4.3.2 *Análisis de datos.***

Wahyuni (2012) refiere que el análisis de datos implica la realización de inferencias a partir de datos en bruto. Indica, además que para la realización de este análisis se pueden emplear diversos métodos, los cuales se aplican secuencialmente.

De esta manera, considerando los objetivos del presente trabajo de investigación, se aplicaron las siguientes técnicas estadísticas para la realización del análisis de datos, contrastación del modelo así como la prueba de las hipótesis planteadas:

#### *Consideraciones del análisis de fiabilidad.*

- Finalidad del uso de esta técnica en la presente investigación.

El uso de análisis de fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach se sustenta ya que se desea conocer la consistencia interna del instrumento propuesto. Tavakol y Dennick (2011) mencionan que la consistencia interna describe el grado en el que todos los elementos de una prueba miden el mismo concepto o constructo y, por lo tanto, está conectado a la interrelación de los elementos dentro de la prueba. Asimismo, refieren que el coeficiente Alfa de Cronbach provee una medición de la consistencia interna de una prueba o una escala.

- Significado de la técnica.

Padma et al. (2010), indican que la fiabilidad de un elemento y la totalidad del instrumento se refiere al grado en que puntuaciones similares se obtienen para cada elemento en estudio cuando se administra repetidamente. Hernández et al. (2010) mencionan que la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales. Para Bernal (2010), citado por Arbaiza

(2014), un instrumento es confiable cuando, al ser aplicado en distintas oportunidades al mismo grupo de personas y en condiciones similares, arroja los mismos resultados; es decir, se obtienen mediciones congruentes y consistentes entre la primera administración y las posteriores. Trochim (1999), citado por Padma et al. (2010), refiere que las dos mediciones más comunes de fiabilidad son el test-retest y la fiabilidad por consistencia interna. Agregan, además, que cuando un único instrumento de medición es administrado a un grupo de personas en una ocasión, el método de la consistencia interna es el mejor para estimar la fiabilidad. Cronbach (1951) indica que el coeficiente Alfa es una estimación de la correlación entre dos muestras aleatorias de elementos a partir de un universo de elementos como aquellos en la prueba.

- Valores significativos.

Tavakol y Dennick (2011) mencionan que el coeficiente Alfa de Cronbach se expresa como un número entre 0 y 1. Vara (2012), citado por Arbaiza (2014), agrega que un valor 0 corresponde a nula confiabilidad y 1 a 100% de confiabilidad. Hernández et al. (2010) mencionan que no hay una regla que indique que, a partir de un valor determinado, no existe fiabilidad del instrumento; sin embargo, de manera más o menos general, valores de 0.25 indican una baja confiabilidad, valores de 0.50 denotan fiabilidad media o regular, si el valor supera el 0.75 es aceptable y que si el valor es mayor a 0.90 es elevada. Chen y Paulraj (2004), citado por Padma et al. (2010), manifiestan que valores iguales o mayores a 0.60 es el límite inferior generalmente aceptado para un estudio exploratorio. Amaya, Jardines y Hernández (2010) refieren que en términos generales se suele aceptar que un

valor 0.7 o mayor es un valor satisfactorio. Hair et al. (1999) indican que el límite inferior para el alfa de Cronbach es de 0.70, aunque puede bajar a 0.60 en la investigación exploratoria.

*Consideraciones del análisis descriptivo.*

- Finalidad del uso de esta técnica en la presente investigación.

Se realizó el análisis descriptivo para conocer las características demográficas de los sujetos que participaron en el estudio así como para elaborar los estadísticos descriptivos de las variables. Se utilizaron las siguientes técnicas estadísticas: distribución de frecuencias, media y desviación estándar.

- Significado de la técnica.

Hernández et al. (2010) señalan que el análisis de los datos cuantitativos se realiza mediante la estadística, teniendo en consideración los grados de medición de las variables. Asimismo, señalan que puede ser de dos tipos: descriptivo o inferencial. Kothari (2004), citado por Arbaiza (2014), refiere que el análisis descriptivo de los datos consiste fundamentalmente en el estudio de las distribuciones de una variable. Hernández et al. (2010) señala que en el análisis descriptivo se puede utilizar la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad (dispersión) así como gráficas. Vara (2012), citado por Arbaiza (2014) refiere que, para describir variables cuantitativas, se pueden emplear medidas de tendencia central (como la media, mediana y moda) así como medidas de dispersión (como el rango, desviación estándar y varianza). Hernández et al. (2010) agregan que “las medidas de tendencia central son valores en una distribución y las

medidas de variabilidad son intervalos que designan distancias o un número de unidades en la escala de medición”. Agregan, además, que las “medidas de variabilidad son intervalos que indican la dispersión de los datos en la escala de medición” (p. 293).

En relación a la distribución de frecuencias, esta “es un conjunto de puntuaciones ordenadas en sus respectivas categorías y generalmente se representa como una tabla” (Hernández et al., 2010, p. 287). Hair et al. (2010) mencionan que “las distribuciones de frecuencias pueden ser útiles para examinar los diferentes valores para una variable. Las tablas de distribución de frecuencias son fáciles de leer y aportan mucha información básica” (p. 469).

Por otro lado, “la media es la medida de tendencia central más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución” (Hernández et al., 2010, p. 293). En esta misma línea, Hair et al. (2010) mencionan que la media es el “promedio aritmético de una muestra; todos los valores de una distribución de respuestas se suman y dividen entre el número de respuestas válidas” (p. 469). Asimismo, Malhotra (2008) refiere que “la media, o valor promedio, es la medida de tendencia central más utilizada. Sirve para estimar el promedio cuando los datos se recolectaron utilizando una escala de intervalo o de razón” (p. 460). Arbaiza (2014) indica que “la media se simboliza con  $\bar{x}$  y es simplemente el promedio aritmético” (p. 236).

Finalmente, “la desviación estándar estimada describe la distancia promedio que separa a los valores de distribución de la media. La diferencia entre una respuesta particular y la media de distribución se llama desviación” (Hair et al., 2010, p. 472). Malhotra (2008) indica que “la diferencia entre la

media y un valor observado se conoce como la desviación a partir de la media. La varianza es la desviación promedio al cuadrado a partir de la media. La desviación estándar es la raíz cuadrada de la varianza” (p. 461). Hernández et al. (2010) refieren que “la desviación estándar o típica es el promedio de la desviación de las puntuaciones con respecto a la media. Esta medida se expresa en las unidades originales de medición de la distribución” (p. 294). Arbaiza (2014) indica que “la desviación estándar es la medida de dispersión más empleada y se simboliza con  $s$ ,  $\sigma$ , DE o DS”. Adicionalmente, agrega que “la desviación estándar permite medir la homogeneidad y la heterogeneidad de los datos obtenidos de la muestra” (p. 237). Bernal (2010), citado por Arbaiza (2014), refiere que, a mayor dispersión de los datos respecto a la media, mayor será la desviación estándar (mayor heterogeneidad).

#### *Consideraciones del análisis inferencial.*

- Finalidad del uso de esta técnica en la presente investigación.

Tuvo como finalidad el realizar la prueba de medias con las variables intervinientes de las características demográficas. Se aplicó la prueba  $t$  de Student (para la variable género ya que esta tiene dos características: masculino y femenino), el análisis de la varianza (para las variables edad, estado civil y nivel de instrucción debido a que estas tienen más de dos características).

- Significado de la técnica.

Hernández et al. (2010) señalan que el análisis de los datos cuantitativos puede ser de dos tipos: descriptivo o inferencial. Agregan, además, que el

análisis inferencial utiliza análisis paramétricos (como la prueba  $t$  y el análisis de la varianza), análisis no paramétricos (como Chi cuadrada y coeficiente de Spearman) y análisis multivariados. Gómez-Gómez, Danglot-Banck y Vega-Franco (2003), citados por Arbaiza (2014), indican que la estadística inferencial es un proceso para obtener conclusiones válidas de una muestra con respecto a la población. Por su parte, Hair et al. (2010) señalan que “el propósito de las estadísticas inferenciales es hacer una determinación acerca de la población sobre la base de una muestra de esta población” (p. 474). Hernández et al. (2010) refieren que la “estadística inferencial se utiliza para probar hipótesis y estimar parámetros” (p. 305). En esta misma línea, Kothari (2004), citado por Arbaiza (2014), menciona que la estadística inferencial permite extraer conclusiones, probar hipótesis así como estimar parámetros de la población. Kumar (2002), citado por Arbaiza (2014), indica que la estadística inferencial proporciona las herramientas para deducir si el hecho observado en la muestra también se encuentra en la población con un significativo nivel de confianza.

En relación a la prueba  $t$ , esta “es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable (Hernández et al., 2010, p. 319). Bernal (2010), citado por Arbaiza (2014), refiere que la  $t$  de Student es aplicada en aquellas situaciones en que el tamaño la muestra son menores de treinta mediciones y se pretende evaluar hipótesis en torno a una media. Arbaiza (2014) agrega que se puede aplicar la prueba  $t$  de Student “para comparar los resultados de un postest, es decir, los resultados de un grupo luego de un tratamiento o intervención; o los pretest y postest de dos grupos participantes de un experimento” (p. 248).

Por otro lado, el Análisis de la Varianza (ANOVA) “se denomina como un proceso univariante debido a que se emplea para valorar las diferencias entre grupos utilizando una única variable dependiente métrica” (Hair et al., 1999, p. 346). Estos autores, adicionalmente, señalan que “El procedimiento univariante utiliza el contraste  $t$  para situaciones con dos grupos y el análisis de la varianza (ANOVA) en situaciones con tres o más grupos definidos por dos o más variables independientes” (Hair et al., 1999, p. 346). Malhotra (2008) indica que el ANOVA es una “técnica estadística que sirve para examinar las diferencias entre las medias de dos o más poblaciones” (p. 505). Malhotra (2008) señala, además, que el ANOVA “puede incluir más de una variable independiente”. “Por lo menos una de las variables independientes debe ser categórica, y las variables categóricas deben tener más de dos categorías” (p. 506).

Hair et al. (2010) agregan, al referirse sobre el ANOVA, que es una “técnica estadística que determina si tres o más medias son estadísticamente diferentes unas de otras” (p. 485).

- Supuestos requeridos para la aplicación de la técnica.
  - Prueba  $t$ : una variable independiente métrica binaria (Malhotra, 2008). Evaluación de dos grupos con un nivel de medición de la variable por intervalos o razón (Hernández et al., 2010).
  - ANOVA: una variable dependiente métrica o cuantitativa y tres o más grupos definidos por dos o más variables independientes categóricas o cualitativas (Hair et al., 1999).

*Consideraciones del Análisis factorial exploratorio (AFE).*

- Finalidad del uso de esta técnica en la presente investigación.

Se procedió a realizar al análisis factorial exploratorio (AFE) utilizando el Análisis de Componentes Principales como método de extracción de factores debido a que el objetivo era “resumir la mayoría de la información original (varianza) en una cantidad mínima de factores con propósitos de predicción” (Hair et al., 1999, p. 89).

- Significado de la técnica.

Malhotra (2008) señala que “las técnicas estadísticas pueden clasificarse en univariadas y multivariadas”. Añade que las técnicas multivariadas son “adecuadas para el análisis de los datos cuando hay dos o más mediciones de cada elemento y las variables se analizan al mismo tiempo. Las técnicas multivariadas se interesan en las relaciones simultáneas entre dos o más fenómenos” (p. 441). Hair (2010), se refiere al análisis multivariado como un “grupo de técnicas estadísticas que se utiliza cuando hay dos o más mediciones sobre cada elemento y las variables se analizan simultáneamente. En el análisis multivariado el interés está puesto en las relaciones simultáneas que hay entre dos o más fenómenos” (p. 546). Kumar (2002), citado por Arbaiza (2014), señala que el análisis multivariado se aplica cuando se cuenta con más de una variable independiente. De esta manera, se puede evaluar tanto el efecto como la interacción entre diversas variables. Hair et al., (2010) señala que el uso de técnicas multivariadas se sustenta debido a que “quienes toman decisiones de negocios, lo mismo que los consumidores, suelen utilizar mucha información para elegir y decidir. En consecuencia, abundan las

posibles influencias en el comportamiento del consumidor y las reacciones de los negocios” (p. 546).

Malhotra (2008) agrega que “las técnicas estadísticas multivariadas se clasifican como técnicas de dependencia o de interdependencia” (p. 442). En las técnicas de interdependencia, este mismo autor señala que “las variables no se clasifican como dependientes o independientes; más bien se examina todo el conjunto de relaciones de interdependencia. Estas técnicas se enfocan en la interdependencia de las variables o en la semejanza entre objetos. La principal técnica para estudiar la interdependencia de las variables es el análisis factorial” (p. 443). Malhotra (2008) señala que “el análisis factorial es un nombre general que denota una clase de procedimientos que se usan sobre todo para reducir y resumir los datos” (p. 610). Hair et al., (1999) indican que “el análisis factorial, que incluye variaciones tales como el análisis de componentes y el análisis factorial común, es una aproximación estadística que puede usarse para analizar interrelaciones entre un gran número de variables y explicar estas variables en términos de sus dimensiones subyacentes comunes (factores)” (p. 11). Estos mismos autores agregan que “el objetivo es encontrar un modo de condensar la información contenida en un número de variables originales en un conjunto más pequeño de variables (factores) con una mínima pérdida de información” (p. 11). Hair et al., (2010) agregan que análisis factorial “se utiliza para resumir la información contenida en una gran cantidad de variables a una cantidad mucho más pequeña de subconjuntos o factores. La finalidad del análisis factorial es simplificar datos” (p. 549).

Por su parte, Malhotra (2008) señala que el análisis factorial se utiliza para:

- “Identificar dimensiones subyacentes, o factores, que explican las correlaciones entre un conjunto de variables” (p. 610).
  - “Identificar un conjunto nuevo y más reducido de variables no correlacionadas que reemplacen al conjunto original de variables correlacionadas en el análisis multivariado posterior (regresión o análisis discriminante)” (p. 610).
  - “Identificar un conjunto más reducido de variables que sobresalen en un conjunto mayor para utilizar luego en el análisis multivariado” (p. 611).
- Hair et al., (1999) señalan que el análisis de componentes principales es adecuado “cuando el interés primordial se centra en la predicción o el mínimo número de factores necesarios para justificar la proporción máxima de la varianza representada en la serie de variables original, y cuando el conocimiento previo sugiere que la varianza específica y de error representan una proporción relativamente pequeña de la varianza total” (p. 91).
- Supuestos requeridos para la aplicación de la técnica.

El análisis factorial a menudo es realizado con variables métricas, aunque también es posible realizar adaptaciones que no lo sean (Hair et al., 2010).

En relación al tamaño muestral, se requiere que este sea mayor a 50 observaciones, aunque se prefieren muestras mayores a 100; sin embargo, “como regla general, el mínimo es tener por lo menos un número de observaciones cinco veces mayor que el número de variables a ser analizadas, siendo el tamaño aceptable un ratio de diez a uno” (Hair et al., 1999, p. 88).

- Pasos seguidos en la realización del análisis factorial.

En la presente investigación se siguieron los pasos propuestos por Hair et al., (1999) para la realización del AFE:

1. Objetivo del análisis factorial: reducción de datos.
2. Diseño del análisis factorial: para el diseño del tamaño muestral se siguió la regla que “el mínimo es tener por lo menos un número de observaciones cinco veces mayor que el número de variables a ser analizadas” (p. 88). En la presente investigación se utilizó el ratio de 5.84 observaciones mayor que el número de variables a analizar.
3. Supuestos en el análisis factorial: con la finalidad de tener la seguridad que la matriz tiene la cantidad de correlaciones suficientes para que se justifique la ejecución del análisis factorial, se utilizaron:
  - Prueba de esfericidad de Bartlett: “Es una prueba estadística para la presencia de correlaciones entre las variables. Proporciona la probabilidad estadística que la matriz de correlación de las variables sea una matriz de identidad” (Hair et al., 1999, p. 88). “se utiliza para examinar la hipótesis que las variables no están correlacionadas en la población” (Malhotra, 2008, p. 612).
  - Medida de lo apropiado del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): “indicador que sirve para examinar si el análisis factorial es adecuado” (Malhotra, 2008, p. 612).
4. Estimación de los factores y valoración del ajuste general:
  - Como método de extracción de los factores se utilizó el análisis de componentes principales, el cual “considera la varianza total y estima los factores que contienen proporciones bajas de la varianza única y,

en algunos casos, la varianza de error” (p. 91). Estos mismos autores agregan que “es apropiado cuando el interés primordial se centra en la predicción o el mínimo número de factores necesarios para justificar la porción máxima de la varianza representada en la serie de variables original, y cuando el conocimiento previo sugiere que la varianza específica y de error representan una proporción relativamente pequeña de la varianza total” (p. 91).

- Para el cálculo del número de factores a ser extraídos se aplicó el criterio a priori, el cual “resulta de utilidad cuando se prueba una teoría o una hipótesis acerca del número de factores para ser extraído. También puede ser justificado con el objetivo de replicar el trabajo de otro investigador y extraer el mismo número de factores que se encontraron previamente” (p. 92).

##### 5. Interpretación de los factores:

- Rotación de factores: se realizó con la finalidad de interpretar los factores y seleccionar la solución factorial definitiva. Estos autores señalan que utilizando un método de rotación se logran “soluciones factoriales más simples y teóricamente más significativas. En muchos casos, la rotación de los factores mejora la interpretación disminuyendo alguna de las ambigüedades que a menudo acompañan a las soluciones factoriales inicialmente no rotadas” (p. 95).

El método utilizado para la rotación de factores fue el de rotación ortogonal y, dentro de este, se utilizó el criterio de rotación Varimax. El uso de la rotación ortogonal se justifica en la medida que se “desea reducir un gran número de variables a un conjunto pequeño de

variables incorrelacionadas para un uso posterior en el análisis de regresión u otras técnicas de predicción” (p. 99). Por su parte, la rotación Varimax “se centra en simplificar las columnas de la matriz de factores”. Además, “maximiza la suma de las varianzas de las cargas requeridas de la matriz de factores” y “ha demostrado tener más éxito como aproximación analítica para lograr una rotación ortogonal de factores” (p. 98).

- Contribución común o comunalidades: “es la cantidad de la varianza que una variable comparte con todas las otras variables consideradas. También es la proporción de la varianza explicada por los factores comunes” (Malhotra, 2008, p. 612). “Las comunalidades son estimaciones de la varianza compartida o común entre las variables” (Hair et al., 1999, p. 91).
- Valores significativos.
  - Prueba de esfericidad de Bartlett: “Cada variable tiene una correlación perfecta consigo misma ( $r = 1$ ), pero no se correlaciona con las demás variables ( $r = 0$ )” (Malhotra, 2008, p. 612).
  - Medida de lo apropiado del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): “los valores altos (entre 0.5 y 1.0) indican que el análisis factorial es apropiado. Valores inferiores a 0.5 implican que el análisis factorial quizá no sea adecuado” (Malhotra, 2008, p. 612).
  - Significación de las cargas factoriales: “las cargas factoriales mayores a  $\pm 30$  se consideran que están en el nivel mínimo; las cargas de  $\pm 40$  se consideran más importantes, y las cargas de  $\pm 50$  o mayores, se consideran prácticamente significativas” (Hair et al., 1999, p. 99).

- Comunalidades: se sugiere variables con comunalidades mayores a 0.50 (Hair et al., 1999).

*Consideraciones del Análisis Factorial Confirmatorio (AFC): Modelo de ecuaciones estructurales (SEM).*

- Finalidad del uso de esta técnica en la presente investigación.

Se procedió a realizar al análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el modelo de ecuaciones estructurales (SEM, por sus siglas en inglés) con la finalidad de determinar las relaciones e influencias entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad. De esta manera, el AFC se determina si los factores obtenidos en el AFE se condicen con lo esperado según la teoría.

Con la aplicación del modelo de ecuaciones estructurales se buscó, al realizar la evaluación de manera simultánea de una serie de relaciones de dependencia (estructura de correlaciones entre las variables), determinar la aceptación o rechazo de las hipótesis planteadas.

- Significado de la técnica.

La modelización de ecuaciones estructurales es un método utilizado para realizar el análisis factorial confirmatorio toda vez que examina simultáneamente una serie de relaciones de dependencia, a diferencia técnicas como la regresión múltiple, el análisis factorial, el análisis multivariante de la varianza, el análisis discriminante, análisis multivariante de la varianza, análisis canónico, entre otras, que solo pueden examinar una relación al mismo tiempo (Hair et al., 1999). Bagozzi (1981) señala que el SEM combina un modelo de medición (análisis factorial confirmatorio) y un modelo

estructural en una prueba estadística simultánea. Hair et al. (2010) agregan que el modelo de ecuaciones estructurales es una “técnica que permite separar las relaciones para cada conjunto de variables dependientes. En su aceptación más simple, el modelo de ecuaciones estructurales proporciona la técnica de estimación más adecuada y eficiente para series de estimaciones de ecuaciones simultáneas mediante regresiones múltiples” (p. 14).

Hair et al., (1999) refieren que el modelo de ecuaciones estructurales han sido aplicadas en diversos campos, incluyendo la gestión y la salud. Su amplio uso de debe a que, por un lado, es un método directo para tratar con diversas relaciones de manera simultánea mientras se otorga significancia estadística y, por otro lado, evalúa las relaciones a profundidad y proporciona un camino desde el AFE al AFC. En esta misma línea, Hooper, Coughlan y Mullen (2008) refieren que el SEM se ha convertido en una de las técnicas de elección para investigadores de diversas disciplinas, en particular en las ciencias sociales.

Hair et al., (1999) señalan que la validación del análisis factorial corresponde a la “evaluación del grado de generabilidad de los resultados para la población y la influencia potencial de causas o individuos sobre los resultados globales”. Estos autores agregan que “el método más directo para la validación de los resultados consiste en adoptar una perspectiva de confirmación, valorando la replicabilidad de los resultados, bien dividiendo la muestra con los datos originales, bien con una muestra adicional” (p. 102). Byrne (2001) así como Schumacher y Lomax (2004), citados por Özpehlivan y Acar (2016), refieren que el AFC evalúa las propiedades psicométricas en términos de validación y fiabilidad. Asimismo, agregan que este es un

método estadístico aplicado para evaluar el ajuste de la estructura con los componentes factoriales.

Hair et al. (1999), indica que para la evaluación del modelo se utilizan estadísticas de bondad de ajuste (calidad de ajuste), las cuales “miden la correspondencia entre la matriz de entrada real u observada con la que se predice mediante el modelo propuesto” (p. 637). Browne y Cudeck (1992) refieren que “los modelos son ajustados a los datos en un intento de comprender los procesos subyacentes que han estado operando” (p. 230); sin embargo, “los índices de ajuste no deberían ser considerados como medidas de utilidad de un modelo. Ellos contienen alguna información acerca de la falta de ajuste del modelo pero nada acerca de la verosimilitud”. Agregan que los índices de ajuste “no deberían ser utilizados en un proceso de decisión mecánica para seleccionar un modelo. La selección del modelo tiene que ser un proceso subjetivo que involucra el uso del juicio” (p. 253).

- Supuestos requeridos para la aplicación de la técnica.

Es crítica la necesidad de una justificación teórica para la especificación de las diversas relaciones de un modelo. Hair et al., (1999) indica que “la teoría ofrece la causa de casi todos los aspectos del SEM”, siendo la teoría definida como un “conjunto sistemático de relaciones que ofrecen una explicación exhaustiva y consistente de un fenómeno” (p. 617).

Por otro lado, es importante tener claramente definidos los constructos endógenos y exógenos. Hair et al. (1999), manifiestan que “los constructos exógenos, también conocidos como variables origen o variables independientes, no están causados o son explicados por ninguna de las variables del modelo”. Adicionalmente, señalan que los constructos

endógenos “se predicen mediante uno o más constructos”. Agregan, además, que “los constructos endógenos pueden predecir otros constructos endógenos, pero un constructo exógeno puede estar causalmente relacionado solo con los constructos endógenos” (p. 623).

- Valores significativos.

En la presente investigación se utilizó diversos tipos de medidas de bondad de ajuste. En cada una de estas se muestran tres filas: modelo hipotético bajo prueba (Default model), modelo saturado (Saturated model) y el modelo de independencia (Independence model). “El modelo saturado es uno en el que el número de parámetros estimados es igual al número de datos y es el menos restringido. Por su parte, el de independencia es un modelo de independencia completa de todas las variables en el modelo y es el más restringido” (Byrne, 2001, p. 79).

Los valores significativos de las diversas medidas de bondad de ajuste son:

1. Función mínima de discrepancia de la muestra (CMIN):

- Valores obtenidos: NPAR (números de parámetros), CMIN (mínima discrepancia), DF (grados de libertad), P (valor de probabilidad) y el CMIN/DF.
- CMIN/DF: “en esencia representa el estadístico de prueba de razón de verosimilitud, más comúnmente expresada como el estadístico chi-cuadrado -  $X^2$ ” (Byrne, 2001, p. 79). Wheaton et al. (1977) refieren que “se desea evaluar la variación del ratio  $X^2/DF$  a través de modelos para obtener una indicación aproximada del ajuste por grado de libertad” (p. 99). Por su parte, Marsh y Hocevar (1985) señalan que este ratio es dependiente del tamaño de la muestra. Estos

mismos autores refieren que “tal vez como consecuencia de esta dependencia del tamaño de muestra, diversos investigadores han recomendado utilizar ratios tan bajos como 2 o tan altos como 5 para indicar un ajuste razonable” (p. 567). En esta misma línea, Wheaton et al. (1977) indican un ratio alrededor de 5 o menos como para empezar a ser razonable.

## 2. Índices relativos de ajuste:

- NFI (Bentler-Bonett normed fit index): los valores van en un rango de 0 a 1.00 (Byrne, 2001). Bentler y Bonett (1980), consideran ideales valores mayores a 0.90.
- RFI (Bollen's relative fit index) los valores van en un rango de 0 a 1.00, siendo ideales valores cercanos a 0.95 (Byrne, 2001).
- IFI (Bollen's incremental fit index – BL89): los valores van en un rango de 0 a 1.00 (Byrne, 2001), siendo ideales valores cercanos a 0.95 (Hu, & Bentler, 1999).
- TLI (Tucker-Lewis index): Bentler y Bonett (1980), consideran ideales valores mayores a 0.90, siendo ideales valores cercanos a 0.95 (Hu, & Bentler, 1999).
- CFI (Comparative fit index): los valores van en un rango de 0 a 1.00 (Byrne, 2001), siendo ideales valores cercanos a 0.95 (Hu, & Bentler, 1999).

## 3. Índices no basados en la centralidad (RMSEA):

- El error cuadrático medio de aproximación (RMSA, por sus siglas en inglés, toma en cuenta el error de aproximación en la población. En 1993, Browne & Cudeck (citado por Byrne, 2001) sugiere que con

este modelo se realiza la pregunta “¿Qué tan bien el modelo, con valores de parámetros desconocidos pero elegidos de manera óptima, se ajustaría a la matriz de covarianza de la población si estuviera disponible?” (p. 137 – 138).

- Hu y Bentler (1999) señalan un valor de punto de corte cercano a 0.06 para el RMSEA. Por su parte, Browne y Cudeck (1992), señalan que un valor alrededor de 0.08 o menor indica un razonable error de aproximación y que, por el contrario, no sugieren utilizar un modelo con un RMSEA mayor a 0.1. Para MacCallum, Browne y Sugawara (1996) refieren que un RMSEA por debajo de 0.08 evidencia un buen ajuste, entre 0.08 a 0.1 otorga un ajuste de medio y que, valores por encima de 0.1 muestran un ajuste pobre.

## **Capítulo IV: Análisis y Discusión de Resultados**

En relación al presente capítulo, este se realizó en dos fases. La primera buscó describir las características de los sujetos que participaron en el estudio. Para esto se describieron las características demográficas, análisis descriptivo de las variables así como la prueba de medias con las variables intervinientes. En la segunda fase se buscó la validación del modelo propuesto. Para esto se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio (AFE) así como el análisis factorial confirmatorio (AFC) mediante ecuaciones estructurales (SEM). Adicionalmente, se realizó la correlación, regresión y análisis de la varianza (ANOVA).

### **4.1 Análisis Descriptivo de Datos**

#### **4.1.1 Características demográficas.**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación, en la Tabla 23 se observa que la mayor proporción de los pacientes encuestados son del género femenino (64.4%), mientras que el 35.6% pertenecen al género masculino. En relación a la edad, se evidencia que el promedio de edad de los participantes fue de 48 años, siendo 49 el promedio de edad en el género masculino y 47 en el género femenino. Al analizar la etapa de edad, se evidencia que la mayor proporción se encuentra en el grupo de pacientes adultos (76.7%) y, dentro de este grupo, el 75.9% correspondió al subgrupo de 25 a 54 años (adulto intermedio). Asimismo, el 70.6% de los encuestados del género masculino y el 80.0% del género femenino pertenecen al grupo de pacientes adultos.

Con respecto al estado civil de los pacientes encuestados, se muestra que el 47.1% es casado. De estos, el 49.4% pertenecen al género masculino y el 45.9% al género femenino. Finalmente, respecto al nivel de educación, los grados que prevalecen son los

niveles superior no universitaria y superior universitaria con el 33.1% y 30.7%, respectivamente.

Tabla 23.

*Distribución de la Muestra según Características Demográficas.*

Características Demográficas	Total		Género			
			Masculino		Femenino	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Género	450	100.0%	160	35.6%	290	64.4%
Promedio de Edad	48		49		47	
Etapa de edad						
Adulto (entre los 20 y 64 años)	345	76.7%	113	70.6%	232	80.0%
Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	9.6%	17	15.0%	16	6.9%
Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	75.9%	76	67.3%	186	80.2%
Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	14.5%	20	17.7%	30	12.9%
Adulto mayor (mayor a 65 años)	105	23.3%	47	29.4%	58	20.0%
Estado civil						
Soltero(a)	88	19.6%	38	23.8%	50	17.2%
Casado (a)	212	47.1%	79	49.4%	133	45.9%
Unión Libre / Conviven	101	22.4%	29	18.1%	72	24.8%
Viudo (a)	26	5.8%	7	4.4%	19	6.6%
Separado (a) / Divorciado (a)	23	5.1%	7	4.4%	16	5.5%
Nivel de instrucción						
Primaria (completa)	13	2.9%	5	3.1%	8	2.8%
Secundaria (completa)	96	21.3%	27	16.9%	69	23.8%
Superior no universitaria (completa)	149	33.1%	57	35.6%	92	31.7%
Superior universitaria (completa)	138	30.7%	57	35.6%	81	27.9%
Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	12.0%	14	8.8%	40	13.8%

#### 4.1.2 Estadísticos descriptivos de las variables.

Para este análisis se sumaron las respuestas de los ítems para medir las variables y dimensiones del estudio y estos resultados se agruparon en una escala de uno al cinco, a fin de calcular los estadísticos descriptivos. Al analizar las variables del estudio,

mostrados en la Tabla 24 se observa que los pacientes encuestados valoran más la calidad del servicio con puntaje promedio de 4.68, seguido de la variable lealtad (4.34) y la variable satisfacción (4.16).

Tabla 24.

*Estadísticos Descriptivos de las Variables de Estudio.*

Variable / Dimensión	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Calidad de Servicio	450	4	5	4.684	0.465
Dimensión Calidad Funcional	450	4	5	4.700	0.461
Dimensión Calidad Técnica	450	3	5	4.433	0.587
Dimensión Imagen	450	3	5	4.627	0.528
Satisfacción	450	2	5	4.158	0.677
Lealtad	450	2	5	4.340	0.649

Respecto a las dimensiones de la variable calidad de servicio, se muestra que los encuestados valoran mejor los ítems de la dimensión calidad funcional con un puntaje promedio de 4.70, seguido de la dimensión imagen (4.63) y de la dimensión calidad técnica (4.43).

#### **4.1.3 Prueba de medias con las variables intervinientes.**

Según la prueba de medias, se evidencia que existe diferencia significativa (-0.112) entre el género masculino y femenino en la variable calidad del servicio; mientras que, las variables lealtad y satisfacción no presentan diferencias significativas entre el género masculino y femenino, tal como se puede evidenciar en la Tabla 25.

Por otro lado, en la prueba de medias realizada a la variable interviniente etapa de edad, se evidencia en la Tabla 26 que no existe diferencia significativa entre los cuatro

Tabla 25.  
*Prueba de Medias con la Variable Interviniente Género.*

Variable	Género	N	Media	Desviación estándar	p-valor	Diferencia de medias
Calidad de Servicio	Masculino	160	4.613	0.489	0.018	-0.112
	Femenino	290	4.724	0.448		
Satisfacción	Masculino	160	4.206	0.664	0.260	0.075
	Femenino	290	4.131	0.684		
Lealtad	Masculino	160	4.306	0.583	0.392	-0.052
	Femenino	290	4.359	0.683		

grupos de edad en las variables calidad de servicio, lealtad y satisfacción. De igual manera, en las dimensiones calidad funcional, calidad técnica e imagen no presentan diferencia significativa entre los cuatro grupos de edad.

Por su parte, al realizar la prueba de medias con la variable interviniente estado civil, en la Tabla 27 se refleja que no existe diferencia significativa entre los cinco tipos de estado civil en las variables calidad de servicio, lealtad y satisfacción. De igual manera, en las dimensiones calidad funcional, calidad técnica e imagen no presentan diferencia significativa entre los cinco tipos de estado civil.

Finalmente, según el análisis con la variable interviniente de nivel de instrucción, la Tabla 28 evidencia que existe diferencia significativa entre el nivel de instrucción en las variables calidad de servicio y lealtad; mientras que, no existe diferencia significativa entre el nivel de instrucción en la variable satisfacción. De igual forma, las dimensiones calidad funcional e imagen presentan diferencias significativas con el nivel de instrucción, mientras que la calidad técnica no presenta diferencia significativa.

Tabla 26.

*Prueba de Medias con la Variable Interviniente Etapa de Edad.*

Variable / Dimensión	Etapa de edad	N	Media	Desviación estándar	p-valor
Calidad de Servicio	Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	4.55	0.506	0.132
	Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	4.69	0.463	
	Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	4.62	0.490	
	Más de 60 años (adulto mayor)	105	4.74	0.439	
	Total	450	4.68	0.465	
Dimensión Calidad Funcional	Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	4.67	0.479	0.469
	Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	4.69	0.465	
	Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	4.64	0.485	
	Más de 60 años (adulto mayor)	105	4.75	0.434	
	Total	450	4.70	0.461	
Dimensión Calidad Técnica	Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	4.21	0.600	0.059
	Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	4.42	0.567	
	Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	4.46	0.613	
	Más de 60 años (adulto mayor)	105	4.52	0.606	
	Total	450	4.43	0.587	
Dimensión Imagen	Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	4.52	0.566	0.193
	Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	4.61	0.534	
	Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	4.60	0.495	
	Más de 60 años (adulto mayor)	105	4.71	0.514	
	Total	450	4.63	0.528	
Satisfacción	Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	3.85	0.667	0.057
	Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	4.18	0.598	
	Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	4.16	0.710	
	Más de 60 años (adulto mayor)	105	4.19	0.822	
	Total	450	4.16	0.677	
Lealtad	Entre 20 a 24 años (adulto joven)	33	4.30	0.585	0.947
	Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)	262	4.34	0.597	
	Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)	50	4.38	0.602	
	Más de 60 años (adulto mayor)	105	4.32	0.803	
	Total	450	4.34	0.649	

Tabla 27.

*Prueba de Medias con la Variable Interviniente Estado Civil.*

Variable / Dimensión	Etapa de edad	N	Media	Desviación estándar	p-valor
Calidad de Servicio	Soltero	88	4.73	0.448	0.387
	Casado	212	4.66	0.475	
	Unión Libre / Conviven	101	4.65	0.478	
	Viudo	26	4.73	0.452	
	Separado / Divorciado	23	4.83	0.388	
	Total	450	4.68	0.465	
Dimensión Calidad funcional	Soltero	88	4.74	0.442	0.298
	Casado	212	4.65	0.478	
	Unión Libre / Conviven	101	4.71	0.455	
	Viudo	26	4.73	0.452	
	Separado / Divorciado	23	4.83	0.388	
	Total	450	4.70	0.461	
Dimensión Calidad Técnica	Soltero	88	4.51	0.547	0.122
	Casado	212	4.45	0.602	
	Unión Libre / Conviven	101	4.38	0.563	
	Viudo	26	4.19	0.567	
	Separado / Divorciado	23	4.48	0.665	
	Total	450	4.43	0.587	
Dimensión Imagen	Soltero	88	4.74	0.442	0.116
	Casado	212	4.63	0.566	
	Unión Libre / Conviven	101	4.55	0.519	
	Viudo	26	4.50	0.510	
	Separado / Divorciado	23	4.65	0.487	
	Total	450	4.63	0.528	
Satisfacción	Soltero	88	4.10	0.626	0.563
	Casado	212	4.16	0.702	
	Unión Libre / Conviven	101	4.19	0.628	
	Viudo	26	4.08	0.744	
	Separado / Divorciado	23	4.35	0.775	
	Total	450	4.16	0.677	
Lealtad	Soltero	88	4.30	0.550	0.219
	Casado	212	4.35	0.682	
	Unión Libre / Conviven	101	4.34	0.637	
	Viudo	26	4.19	0.694	
	Separado / Divorciado	23	4.61	0.656	
	Total	450	4.34	0.649	

Tabla 28.

*Prueba de Medias con la Variable Interviniente Nivel de Instrucción.*

Variable / Dimensión	Nivel de Instrucción	N	Media	Desviación Estándar	p-valor
Calidad de Servicio	Primaria (completa)	13	4.69	0.480	0.005
	Secundaria (completa)	96	4.77	0.423	
	Superior no universitaria (completa)	149	4.72	0.451	
	Superior universitaria (completa)	138	4.67	0.473	
	Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	4.48	0.504	
	Total	450	4.68	0.465	
Dimensión Calidad Funcional	Primaria (completa)	13	4.69	0.480	0.018
	Secundaria (completa)	96	4.78	0.416	
	Superior no universitaria (completa)	149	4.72	0.451	
	Superior universitaria (completa)	138	4.68	0.468	
	Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	4.52	0.504	
	Total	450	4.70	0.461	
Dimensión Calidad Técnica	Primaria (completa)	13	4.38	0.768	0.186
	Secundaria (completa)	96	4.53	0.561	
	Superior no universitaria (completa)	149	4.39	0.589	
	Superior universitaria (completa)	138	4.46	0.569	
	Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	4.31	0.609	
	Total	450	4.43	0.587	
Dimensión Imagen	Primaria (completa)	13	4.54	0.660	0.019
	Secundaria (completa)	96	4.72	0.452	
	Superior no universitaria (completa)	149	4.62	0.553	
	Superior universitaria (completa)	138	4.66	0.491	
	Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	4.43	0.602	
	Total	450	4.63	0.528	
Satisfacción	Primaria (completa)	13	3.92	0.954	0.097
	Secundaria (completa)	96	4.18	0.562	
	Superior no universitaria (completa)	149	4.11	0.746	
	Superior universitaria (completa)	138	4.27	0.586	
	Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	4.04	0.776	
	Total	450	4.16	0.677	
Lealtad	Primaria (completa)	13	4.08	0.862	0.003
	Secundaria (completa)	96	4.29	0.631	
	Superior no universitaria (completa)	149	4.49	0.633	
	Superior universitaria (completa)	138	4.31	0.577	
	Posgrado (maestría o doctorado completo)	54	4.15	0.763	
	Total	450	4.34	0.649	

## 4.2 Evaluación del Modelo Teórico: Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Con la finalidad de identificar a los ítems y dimensiones del constructo calidad de servicio, se procedió a realizar el Análisis Factorial Exploratorio. Para esto se utilizó la técnica de Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación Varimax.

Para la adecuación de los ítems en un modelo factorial exploratorio, se realizó la medida de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin (Coeficiente KMO) con el valor de 0.814, lo cual se interpreta como que el análisis factorial es apropiado (Malhotra, 2008); la prueba de esfericidad de Bartlett con un nivel de significancia de  $0.000 < 0.05$ , considerada como adecuada (ver Tabla 29).

Tabla 29.

*KMO y Prueba de Esfericidad de Bartlett.*

Prueba de KMO y Bartlett	
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo	,814
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado 7,782,524
	gl 435
	Sig. ,000

Asimismo, se realizó tres procesos factoriales mediante el análisis de la matriz de componente rotado, donde se identifica la eliminación de 40 ítems de un total de 70. De esta manera, quedaron 30 ítems que cumplen con presentar cargas factoriales significativas ( $> 0.5$ ) y/o comunalidades  $> 0.50$  (Hair et al., 1999) y una varianza acumulada de 71.408%, que es explicada por los 8 factores, siendo considerada como satisfactoria por estar por encima de 60% según Hair et al., 1999 (ver Tabla 30). Estos ocho factores extraídos fueron determinados previamente, tomando como base lo publicado en la literatura científica.

Tabla 30.

*Varianza Total Explicada.*

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,131	23,768	23,768	7,131	23,768	23,768	4,093	13,642	13,642
2	3,233	10,778	34,546	3,233	10,778	34,546	3,416	11,387	25,029
3	2,904	9,682	44,228	2,904	9,682	44,228	2,992	9,975	35,004
4	2,354	7,845	52,073	2,354	7,845	52,073	2,955	9,849	44,853
5	1,853	6,176	58,249	1,853	6,176	58,249	2,620	8,733	53,585
6	1,535	5,117	63,366	1,535	5,117	63,366	2,056	6,855	60,440
7	1,281	4,270	67,637	1,281	4,270	67,637	1,963	6,544	66,985
8	1,131	3,771	71,408	1,131	3,771	71,408	1,327	4,423	71,408
9	,946	3,153	74,561						
10	,740	2,467	77,028						
11	,701	2,338	79,366						
12	,612	2,040	81,406						
13	,586	1,954	83,360						
14	,514	1,715	85,075						
15	,465	1,551	86,626						
16	,458	1,527	88,153						
17	,427	1,423	89,576						
18	,393	1,311	90,887						
19	,359	1,196	92,083						
20	,332	1,106	93,189						
21	,306	1,019	94,207						
22	,286	,954	95,162						
23	,251	,838	96,000						
24	,230	,766	96,766						
25	,223	,744	97,510						
26	,197	,656	98,166						
27	,163	,544	98,710						
28	,141	,468	99,179						
29	,131	,437	99,615						
30	,115	,385	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

En la Tabla 31, se observan los resultados obtenidos del proceso de análisis factorial para las dimensiones calidad funcional, calidad técnica e imagen con la estructura de las variables agrupadas en ocho factores. Respecto a la dimensión calidad funcional, se observa que está conformada por seis subdimensiones y 27 ítems: “fiabilidad” (8 ítems), “estacionamiento” (4 ítems), “elementos tangibles” (5 ítems), “capacidad de respuesta” (5 ítems), “empatía” (3 ítems) y, finalmente, una subdimensión compuesta por dos ítems relacionados con el conocimiento, habilidad y actitud del personal. Estos elementos constituyen las competencias (Ministerio de Salud, 2014). En esta misma línea, Parasuraman et al. (1985) refieren que las competencias significan que el personal cuente

Tabla 31.  
Dimensiones y Subdimensiones de la Calidad de Servicio.

Dimensiones de la Calidad de Servicio		Ítems	Componentes							Alfa de Cronbach	
			1	2	3	4	5	6	7	8	
CALIDAD FUNCIONAL: Fiabilidad	8. Existe una buena comunicación entre el médico y yo.		,807	,055	,083	-,031	,190	-,025	,018	-,041	0,863
	6. El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación.		,753	,049	,017	-,047	,315	,089	,235	-,128	
	9. Creo que la información médica brindada es confiable.		,748	-,047	,185	,118	-,178	-,007	,106	-,082	
	10. El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.		,745	,121	,232	,091	-,034	-,072	-,162	-,034	
	5. El médico me brinda un excelente servicio		,662	,051	-,026	-,053	,298	,222	,303	,039	
	11. El médico realiza los servicios de manera correcta a la primera.		,624	,039	-,058	,043	-,056	,173	-,165	,417	
	12. El médico proporciona su servicio en el momento en que promete u ofrece hacerlo.		,599	-,095	,079	,141	,076	,173	-,081	,393	
	2. El médico muestra su compromiso para solucionar mi problema de salud.		,512	,125	-,081	,110	,440	,241	,279	-,031	
CALIDAD FUNCIONAL: Estacionamiento	61. El estacionamiento es un lugar seguro		,022	,939	,026	,037	,056	,041	,070	-,034	0,933
	60. El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento		-,007	,921	-,020	-,027	,101	,103	-,007	-,007	
	59. La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto		,021	,879	,099	,063	,245	,062	,060	,011	
	62. El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica		,127	,873	,133	,024	-,018	,016	-,048	,052	
CALIDAD FUNCIONAL: Elementos Tangibles	52. Los ambientes de la clínica son limpios		,096	,069	,872	,032	,040	,064	-,020	,032	0,820
	53. Los baños de la clínica son limpios		,090	,097	,851	,039	,091	,145	,027	-,027	
	51. La clínica posee buena iluminación		,059	,013	,787	-,034	,138	,000	,003	,185	
	55. La clínica cuenta con áreas climatizadas		,066	,054	,524	,331	,189	,335	,141	-,012	
	65. La clínica posee médicos altamente calificados		,314	,068	,521	,196	,303	-,186	,321	,147	
CALIDAD FUNCIONAL: Capacidad de Respuesta	16. El personal asistencial me atendió de manera rápida.		,068	-,021	-,023	,797	,013	,287	,101	-,161	0,814
	17. La consulta médica fue rápida.		-,123	,035	-,014	,754	-,163	,088	,228	-,106	
	19. La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida.		,117	,040	,132	,741	,331	-,048	,071	,068	
	20. No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica		,051	,060	,128	,645	,422	-,079	,048	,293	
	21. Es fácil reservar las citas en esta clínica		,170	,013	,075	,635	,232	,204	-,035	,260	
CALIDAD FUNCIONAL: Empatía	41. Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.		,053	,150	,157	,112	,723	,173	,075	-,036	0,711
	42. El personal asistencial realmente se preocupa por mi		,067	,135	,098	,205	,715	,053	-,046	-,054	
	30. Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo		,200	,036	,220	,043	,660	,270	,064	,113	
CALIDAD FUNCIONAL: Competencias	28. El personal siempre esta preparado para proporcionar el servicio		,053	,081	,152	,167	,230	,857	-,090	,051	0,885
	27. El personal siempre esta dispuesto a proporcionar el servicio		,197	,143	,107	,184	,191	,829	,077	,001	
CALIDAD TÉCNICA	66. El diagnóstico que recibo es preciso		,111	-,010	,130	,120	,072	-,102	,854	,129	0,742
	67. El tratamiento que recibo me cura a la primera		,019	,051	-,008	,172	,017	,094	,829	-,022	
IMAGEN	47. La clínica posee baños de apariencia moderna		-,049	,022	,168	,029	-,017	-,013	,136	,822	

Método de extracción: análisis de componentes principales.  
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.  
a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

con el conocimiento y las habilidades necesarias para prestar el servicio. De esta manera, se ha denominado “competencias” a esta nueva subdimensión. Adicionalmente, se calculó el coeficiente de Alfa de Cronbach, que analiza la consistencia interna entre los ítems, para las variables fiabilidad (0,863), estacionamiento (0,933), elementos tangibles (0,820), capacidad de respuesta (0,814), empatía (0,711) y competencias (0,885). Como se puede apreciar, en todos los casos se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach  $> 0.70$ , lo que es suficiente para garantizar la fiabilidad de la escala (Hair et al., 1999).

Por su parte, en relación a la dimensión calidad técnica, está compuesta por dos ítems por tener cargas factoriales más altas. El coeficiente de Alfa de Cronbach es de 0,742. Finalmente, la dimensión imagen está compuesta por un solo ítem. No se pudo determinar el coeficiente Alfa de Cronbach toda vez que cuenta con un ítem.

El coeficiente de Alfa de Cronbach de la calidad de servicio, conformado por las dimensiones calidad funcional y calidad técnica, es de 0,873. Asimismo, se procedió a obtener el Alfa de Cronbach de los constructos satisfacción y lealtad y se obtuvo valores de 0.695 y 0.787, respectivamente. Finalmente, el instrumento total con los 36 ítems (compuesto por los 27 ítems de calidad funcional, dos ítems de calidad técnica, un ítem de calidad en general, tres ítems de satisfacción y tres ítems de lealtad) presenta un coeficiente Alfa de Cronbach global de 0.906 (ver Tabla 32).

Tabla 32.

*Alfa de Cronbach Global del Instrumento.*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,906	36

### **4.3 Validación del Modelo Teórico: Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) Mediante Ecuaciones Estructurales.**

#### **4.3.1 Modelo sujeto a contraste.**

El modelo sujeto a contraste en la presente investigación está compuesto por tres constructos: calidad de servicio, satisfacción y lealtad. Tanto la satisfacción como la lealtad fueron analizadas como constructos reflectivos unidimensionales, mientras que el constructo calidad de servicio fue analizado como un constructo formativo de segundo orden compuesto por las dimensiones calidad funcional y calidad técnica (desaparece la dimensión imagen debido a que solo presenta una variable y no es posible su agrupamiento). A su vez, la calidad funcional está compuesta por seis subdimensiones: fiabilidad, estacionamiento, elementos tangibles, capacidad de respuesta, empatía y competencias. Se sometió a evaluación un total de 36 variables que corresponden a los tres constructos descritos (ver figura 12).

Para realizar el análisis en AMOS y, considerando que el modelo cuenta con un constructo de segundo orden, se utilizó el método de aproximación por pasos, tal cual lo aplicado por Matute, Polo y Utrillas (2015). Este método cuenta con dos etapas:

- Etapa 1: se realizó la estimación del modelo integrando todos los constructos de primer orden por separado (incluyendo las dimensiones de la calidad de servicio).
- Etapa 2: se procedió a la estimación del modelo final incluyendo los constructos de segundo orden y se utilizó las puntuaciones factoriales de las variables de primer orden en las del segundo (calculadas en la etapa anterior) como indicadores de estos constructos.

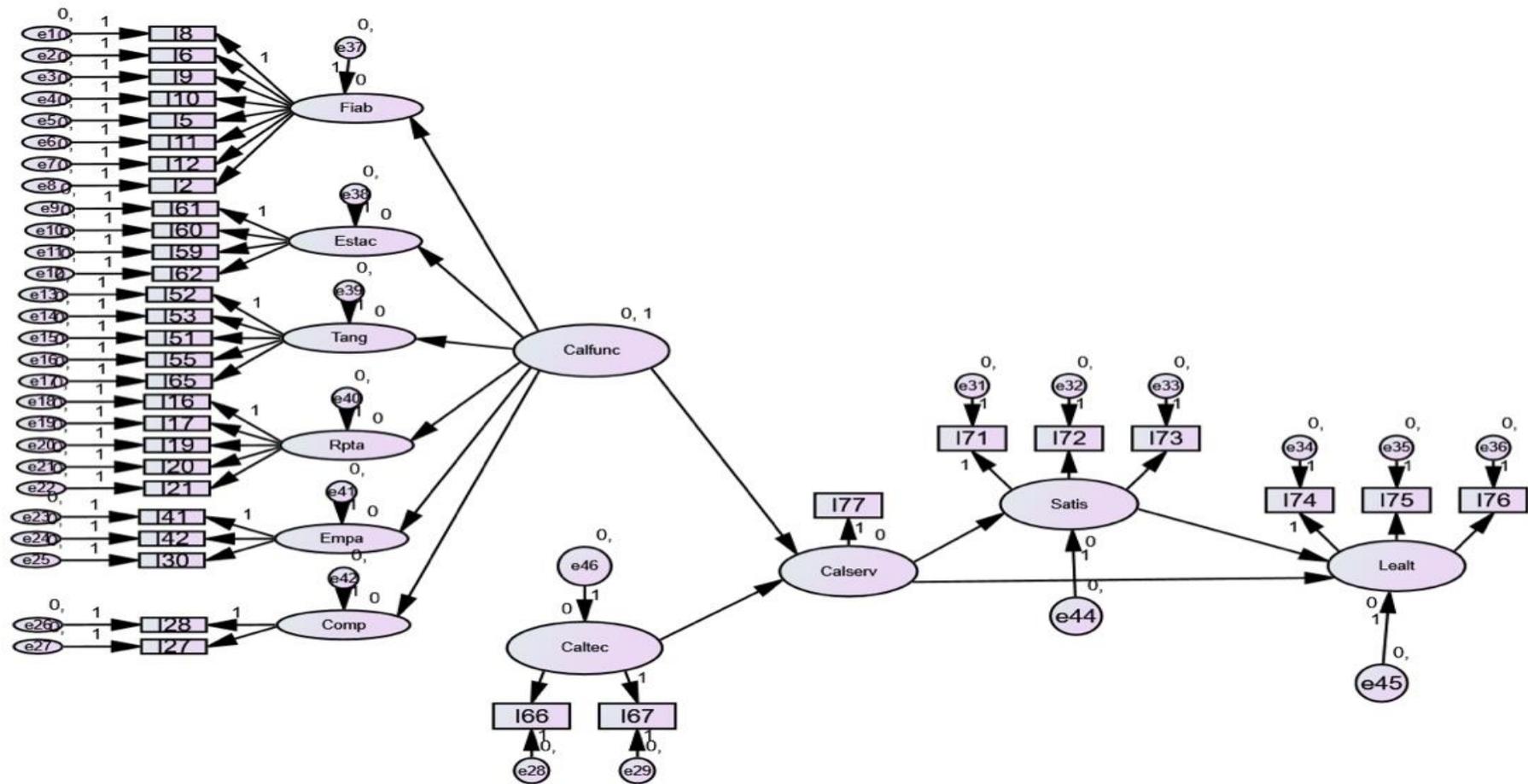


Figura 12. Modelo inicial sujeto a contraste.

### 4.3.2 Ajuste del modelo.

La evaluación de nuestro modelo relacionado con la Función Mínima de Discrepancia de la Muestra (CMIN) produjo un valor  $X^2$  de 2721.48, con 573 grados de libertad y una probabilidad de menos de 0.0001 ( $p < 0.0001$ ). El estadístico CMIN/DF (prueba de razón de verosimilitud) obtenido fue de 4.75, lo que significa que el ajuste del modelo fue razonable, tal como se muestra en la Tabla 33.

Tabla 33.

*Función Mínima de Discrepancia de la Muestra.*

Model	NPAR	CMIN	DF	P	CMIN/DF
Default model	129	2721.488	573	0	4.75
Saturated model	702	0	0		
Independence model	72	10846.331	630	0	17.216

En relación a los índices relativos de ajuste, la evaluación de nuestro modelo obtuvo un NFI de 0.74, RFI de 0.72, IFI de 0.79, TLI de 0.76 y CFI de 0.79, los cuales se muestran en la Tabla 34. Todos estos valores, si bien no se ajustan al ideal, representa un ajuste moderado.

Tabla 34.

*Índices Relativos de Ajuste.*

Model	NFI Delta1	IFI Delta2	TLI rho2	CFI
Default model	0.749	0.791	0.769	0.79
Saturated model	1	1		1
Independence model	0	0	0	0

Por otro lado, con respecto a los índices no basados en la centralidad (RMSEA), en nuestro modelo se obtuvo un valor RMSEA de 0.09. De esta manera, al ser este valor inferior a 0.1, el modelo tiene un ajuste medio (Tabla 35).

Tabla 35.  
*Índices no Basados en la Centralidad.*

Model	RMSEA	LO 90	HI 90	PCLOSE
Default model	0.091	0.088	0.095	0
Independence model	0.19	0.187	0.193	0

Finalmente, es importante recordar lo señalado por Browne y Cudeck (1992) cuando manifiestan que no se deberían considerar a los diversos índices de ajuste como medidas de utilidad para seleccionar de manera mecánica un determinado modelo, toda vez que la selección del modelo involucra el uso del juicio por parte del investigador.

#### **4.4 Prueba de Hipótesis.**

A través del Análisis Factorial Confirmatorio, se evaluó la covarianza (Estimate), el error estándar de la covarianza (S.E.), la razón crítica (C.R.) y el valor P (P Label) de las 36 variables. Para un nivel de significancia de 0.05, la razón crítica que exceda de 1.96 es considerada como significativa. Esta relación resulta especialmente relevante para la hipótesis nula en donde la covarianza entre las dos variables es cero. La razón crítica de todas las variables fueron mayores a 1.96, tal como se puede observar en la Tabla 36.

Asimismo, se procedió a realizar la prueba de hipótesis. Para esto, se evaluó la covarianza (Estimate), el error estándar de la covarianza (S.E.), la razón crítica (C.R.) y el valor P (P Label) de las relaciones entre los constructos. Como resultado se obtuvo que todas las relaciones, a excepción de una, presentan una razón crítica mayores a 1.96. Así, la Hipótesis 1 (la calidad de servicio influye en la satisfacción) y la Hipótesis 2 (la satisfacción influye en la lealtad) presentan una razón crítica de 26.42 y 6.57, respectivamente. Esto significa que la covarianza entre la calidad de servicio y la satisfacción así como la covarianza entre la satisfacción y la lealtad son

Tabla 36.

*Pesos de las Regresiones del Modelo Hipotético Bajo Evaluación (Modelo de la Presente Investigación): Relaciones entre Variables.*

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label			Estimate	
I61	<---	Estac	1.000					I61	<---	Estac	0.937
I60	<---	Estac	0.859	0.026	33.006	***	par_1	I60	<---	Estac	0.909
I59	<---	Estac	0.883	0.029	30.625	***	par_2	I59	<---	Estac	0.874
I62	<---	Estac	0.913	0.036	25.255	***	par_3	I62	<---	Estac	0.817
I52	<---	Tang	1.000					I52	<---	Tang	0.869
I53	<---	Tang	1.101	0.053	20.759	***	par_4	I53	<---	Tang	0.867
I51	<---	Tang	0.934	0.058	16.209	***	par_5	I51	<---	Tang	0.699
I55	<---	Tang	0.599	0.058	10.261	***	par_6	I55	<---	Tang	0.440
I65	<---	Tang	0.577	0.051	11.222	***	par_7	I65	<---	Tang	0.495
I16	<---	Rpta	1.000					I16	<---	Rpta	0.589
I17	<---	Rpta	0.762	0.075	10.224	***	par_8	I17	<---	Rpta	0.432
I19	<---	Rpta	1.532	0.13	11.779	***	par_9	I19	<---	Rpta	0.803
I20	<---	Rpta	1.553	0.137	11.373	***	par_10	I20	<---	Rpta	0.740
I21	<---	Rpta	1.196	0.113	10.587	***	par_11	I21	<---	Rpta	0.659
I41	<---	Empa	1.000					I41	<---	Empa	0.752
I42	<---	Empa	1.034	0.085	12.16	***	par_12	I42	<---	Empa	0.710
I30	<---	Empa	1.046	0.096	10.934	***	par_13	I30	<---	Empa	0.611
I28	<---	Comp	1.000					I28	<---	Comp	0.853
I27	<---	Comp	1.215	0.077	15.768	***	par_14	I27	<---	Comp	0.926
I67	<---	Caltec	1.000					I67	<---	Caltec	0.730
I66	<---	Caltec	0.959	0.112	8.558	***	par_21	I66	<---	Caltec	0.756
I71	<---	Satis	1.000					I71	<---	Satis	0.877
I72	<---	Satis	0.901	0.055	16.478	***	par_22	I72	<---	Satis	0.684
I73	<---	Satis	0.689	0.071	9.66	***	par_23	I73	<---	Satis	0.446
I74	<---	Lealt	1.000					I74	<---	Lealt	0.659
I75	<---	Lealt	1.611	0.111	14.565	***	par_24	I75	<---	Lealt	0.839
I76	<---	Lealt	1.462	0.111	13.167	***	par_25	I76	<---	Lealt	0.730
I8	<---	Fiab	1.000					I8	<---	Fiab	0.732
I6	<---	Fiab	1.205	0.068	17.669	***	par_28	I6	<---	Fiab	0.870
I9	<---	Fiab	0.595	0.05	11.846	***	par_29	I9	<---	Fiab	0.498
I10	<---	Fiab	0.685	0.061	11.22	***	par_30	I10	<---	Fiab	0.553
I5	<---	Fiab	1.043	0.064	16.31	***	par_31	I5	<---	Fiab	0.797
I11	<---	Fiab	0.605	0.065	9.301	***	par_32	I11	<---	Fiab	0.460
I12	<---	Fiab	0.668	0.07	9.568	***	par_33	I12	<---	Fiab	0.473
I2	<---	Fiab	0.796	0.058	13.824	***	par_34	I2	<---	Fiab	0.678
I77	<---	Calserv	1.000					I77	<---	Calserv	1.000

significativamente diferentes de cero a un nivel de significancia de 0.05. Por tanto, se aceptan tanto la Hipótesis 1 como la Hipótesis 2. Por otro lado, la Hipótesis 3 (la calidad de servicio influye en la lealtad) presentó una razón crítica de 0.65 y un valor p de 0.52.

De esta manera, al ser la covarianza entre la calidad de servicio y la lealtad similar a cero y un valor  $p > 0.05$ , la diferencia no resulta ser significativa. Por este motivo, se rechaza la Hipótesis 3 (ver Tabla 37).

Tabla 37.

*Prueba de Hipótesis: Relaciones entre Constructos.*

				Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
	Calserv	<---	Calfunc	0.679	0.023	29.752	***	par_35
	Calserv	<---	Caltec	0.178	0.046	3.883	***	par_36
✓ H1	Satis	<---	Calserv	0.719	0.027	26.416	***	par_26
	Fiab	<---	Calfunc	0.388	0.031	12.674	***	par_15
	Estac	<---	Calfunc	0.212	0.061	3.458	***	par_16
	Tang	<---	Calfunc	0.128	0.026	4.953	***	par_17
	Rpta	<---	Calfunc	0.171	0.03	5.808	***	par_18
	Empa	<---	Calfunc	0.276	0.03	9.204	***	par_19
	Comp	<---	Calfunc	0.177	0.029	6.181	***	par_20
✓ H2	Lealt	<---	Satis	0.483	0.073	6.571	***	par_27
✗ H3	Lealt	<---	Calserv	0.034	0.053	0.647	0.518	par_47

Posteriormente se retiró del modelo la relación entre la lealtad y la calidad de servicio y se volvió a estimar los pesos de las regresiones. Los resultados se aprecian en la Tabla 38.

Tabla 38.

*Pesos de las Regresiones del Modelo Hipotético bajo Evaluación (Modelo de la Presente Investigación): Relaciones entre Constructos con Covarianzas Significativas.*

			Estimate	S.E.	C.R.	P	Label		Estimate			
	Calserv	<---	Calfunc	0.679	0.023	29.753	***	par_35	Calserv	<---	Calfunc	0.989
	Calserv	<---	Caltec	0.177	0.046	3.867	***	par_36	Calserv	<---	Caltec	0.150
	Satis	<---	Calserv	0.720	0.027	26.581	***	par_26	Satis	<---	Calserv	0.842
	Fiab	<---	Calfunc	0.388	0.031	12.673	***	par_15	Fiab	<---	Calfunc	0.683
	Estac	<---	Calfunc	0.212	0.061	3.455	***	par_16	Estac	<---	Calfunc	0.167
	Tang	<---	Calfunc	0.128	0.026	4.954	***	par_17	Tang	<---	Calfunc	0.248
	Rpta	<---	Calfunc	0.171	0.03	5.807	***	par_18	Rpta	<---	Calfunc	0.315
	Empa	<---	Calfunc	0.276	0.03	9.203	***	par_19	Empa	<---	Calfunc	0.516
	Comp	<---	Calfunc	0.177	0.029	6.179	***	par_20	Comp	<---	Calfunc	0.297
	Lealt	<---	Satis	0.524	0.04	13.016	***	par_27	Lealt	<---	Satis	0.811

En la Figura 13 se muestra el modelo resultado final del análisis factorial confirmatorio. Entre los principales resultados se pueden mencionar:

- La calidad de servicio posee dos dimensiones: calidad funcional y calidad técnica.
- La dimensión calidad funcional influye más en el constructo calidad de servicio que la dimensión calidad técnica (0.99 vs. 0.15).
- Dentro de las subdimensiones de la calidad funcional, la fiabilidad es la que más influye (0.68), seguido de la empatía (0.52), la capacidad de respuesta (0.32), las competencias (0.30), los elementos tangibles (0.25) y el estacionamiento (0.17).
- La calidad de servicio influye en la satisfacción en 0.84.
- La satisfacción influye en la lealtad en 0.81.

Contrastando el modelo resultante con el modelo teórico propuesto en el marco teórico, se confirma la influencia significativa de la calidad de servicio en la satisfacción así como la influencia significativa de la satisfacción en la lealtad; sin embargo, los resultados obtenidos en el Análisis Factorial Confirmatorio demuestran que, en el contexto del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú, la calidad de servicio no influye significativamente en la lealtad.

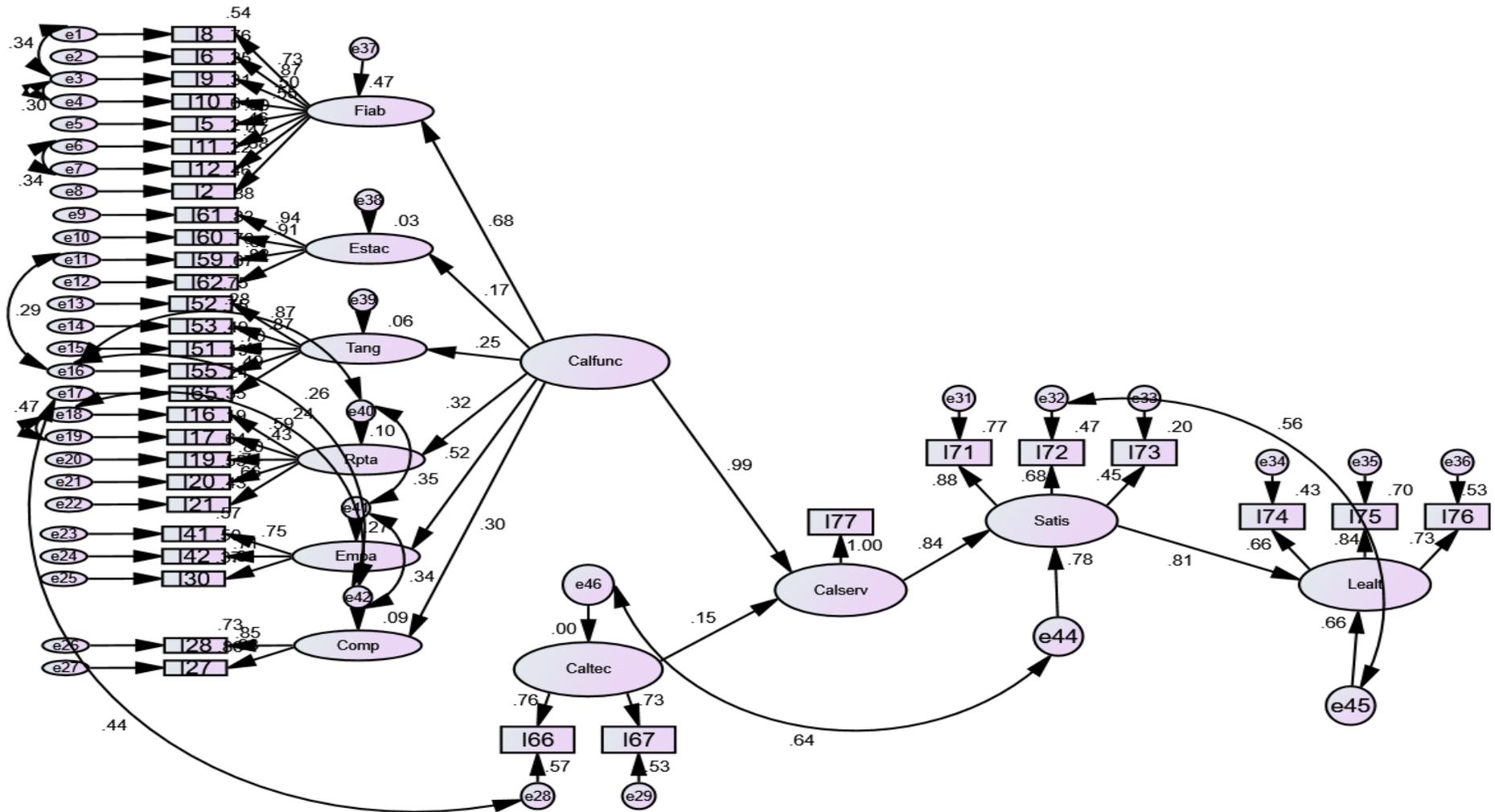


Figura 13: Modelo resultado final sobre la relación entre calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios respecto a la consulta externa de las clínicas en el Perú

#### 4.5 Discusión de Resultados

En relación a la evaluación del constructo calidad de servicio, se obtuvo que este se encuentra constituido por dos dimensiones: calidad funcional y calidad técnica. Esto se condice con lo señalado por Grönroos (1984) así como Parasuraman et al., (1985, 1988) cuando refieren que la calidad de servicio es un constructo multidimensional o multiatributo. Para Grönroos (1984) la calidad de servicio está compuesto por las dimensiones calidad funcional, calidad técnica e imagen. Kasiri et al. (2016) señalan que los usuarios están interesados no solo en lo que ellos reciben como servicio (calidad técnica) sino también cómo lo consiguen (calidad funcional).

Los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan que la dimensión calidad funcional influye más en el constructo calidad de servicio que la dimensión calidad técnica (0.99 vs. 0.15). En otros sectores, esta relación es diferente, tal como se observa en la investigación llevada a cabo por Kang y James (2004) para evaluar la calidad de servicio de los usuarios de teléfonos celulares, la dimensión imagen es la que más influye en la calidad de servicio, seguida de la dimensión calidad funcional y de la dimensión calidad técnica (0.36, 0.25 y 0.24, respectivamente).

El hecho que los resultados de la presente investigación señalen que la calidad funcional influye más que la calidad técnica puede ser explicado, tal cual lo señalado por Johnson et al. (2016), a que los usuarios tienden a evaluar la calidad de servicio sobre la base de lo percibido durante el proceso de prestación del servicio. Esto sumado a que, en nuestro país, los usuarios de los servicios de salud dan más importancia a la forma (calidad funcional) que al fondo (calidad técnica), tal como sucede en algunos países del sudeste asiático como Brunei e Indonesia (Beeson, 2009, citado por Kasiri et al., 2016). Esto, a su vez, puede tener como explicación a que, como lo refieren Kang y James (2004), el evaluar las competencias técnicas así como el resultado inmediato del

tratamiento puede ser muy difícil de realizar para un paciente. Agregan estos mismos autores que, ante la falta de habilidad para evaluar la calidad técnica por parte de los usuarios de servicios de salud, estos eligen otras formas de medir los atributos de la calidad asociados con el proceso de cómo se presta o lleva a cabo la atención, los cuales son atributos de la calidad funcional.

Asimismo, dentro de la dimensión calidad funcional, este estudio presentó las siguientes seis subdimensiones: la fiabilidad (la que más influye, con 0.68), seguido de la empatía (0.52), la capacidad de respuesta (0.32), las competencias (0.30), los elementos tangibles (0.25) y el estacionamiento (0.17), las cuales son parecidas a las encontradas por Parasuraman et al., (1988): fiabilidad, empatía, capacidad de respuesta, elementos tangibles y seguridad. Asimismo, Kang y James (2004), utilizando las dimensiones de la calidad funcional propuestas por Parasuraman et al. (1988), hallaron que la empatía fue la subdimensión que más influye en la calidad funcional con un peso de 0.96, seguida de las subdimensiones seguridad, elementos tangibles, capacidad de respuesta y fiabilidad, con pesos 0.91, 0.86, 0.84 y 0.71, respectivamente).

Respecto a que la calidad de servicio influye en la satisfacción de los usuarios de la consulta externa de las clínicas en el Perú (H1), en la presente investigación se concluye que, en efecto, la calidad de servicio sí influye en la satisfacción de los usuarios, obteniéndose un coeficiente de 0.84. Este resultado coincide perfectamente con lo obtenido por Vergara y Maza (2018) cuando concluyen que la calidad de servicio en el sistema de salud de Cartagena de Indias, Colombia, influye en la satisfacción con un peso también de 0.84. Asimismo, coincide con lo hallado por Choi et al., (2004) cuando comprobaron que la calidad de servicio de los prestadores de servicios de salud en Corea del Sur tiene una significativa influencia positiva con la satisfacción de los usuarios (peso 0.82); sin embargo, existen otros estudios en donde esta influencia positiva es menor,

como el es caso de la investigación de Shabir, Malik y Malik (2016) realizada a usuarios de los servicios públicos y privados de salud en Pakistan y hallaron que existe una correlación positiva entre la calidad de servicio con la satisfacción ( $\beta = 0.67$ ). En esta misma línea se encuentra la publicación de Lei y Jolibert (2012), en su investigación realizada en el sistema de salud de Shangai, China, concluyeron que el coeficiente de regresión indicó un efecto positivo de la calidad de servicio sobre la satisfacción (0.63,  $t = 13.38$ ,  $p < 0.05$ ). Asimismo, lo investigado por Kang y James (2004) cuando refieren que, si bien existe una influencia positiva de la calidad de servicio sobre la satisfacción, esta se da con un peso de 0.41, o la investigación de Mbuthia y Thaddaeus llevada a cabo en la Clínica Universitaria Aga Khan de Nairobi, Kenya, que la calidad de servicio influencia a la satisfacción con un peso de 0.36.

Por otro lado, en relación a si la satisfacción influye en la lealtad de los usuarios de consulta externa de las clínicas en el Perú (H2), nuevamente se obtiene una positiva y significativa influencia, obteniéndose un coeficiente de 0.81. Este resultado es particularmente importante debido a que, como señalan Kasiri et al. (2016), en el sector servicios esta relación es clave para la sobrevivencia de la organización. El resultado obtenido es mayor a lo reflejado en otras publicaciones como es el caso de la investigación llevada a cabo por Kondasani y Panda (2015) quienes hallaron una correlación positiva de 0.472 entre la satisfacción y la lealtad en el sector privado de la salud en India. Por otro lado, la investigación realizada por Fatima, Malik y Shabbir (2018) en usuarios del servicio de consulta externa y del servicio de hospitalización en clínicas en Islamabad y Rawalpindi, Pakistan, encontraron una correlación positiva entre la satisfacción y la lealtad ( $\beta = 0.767$ ,  $p\text{-value} = 0.01$ ). Asimismo, Kasiri et al. (2016) en su investigación aplicada en servicios de salud, hoteleros y de educación, confirman la relación muy fuerte entre la satisfacción y la lealtad ( $\beta = 0.70$ ,  $p\text{-value} = 0.000$ ). Por su parte, Meesala y Paul (2018),

en su estudio aplicado en 40 clínicas de Hyderabad, India, concluyeron que la satisfacción del paciente influye de manera directa en la lealtad con un peso de 0.66. De igual manera, se obtuvo una relación positiva pero de menor peso en las investigaciones de Shabir et al. (2016) en donde hallaron que existe una correlación positiva entre la satisfacción y la lealtad ( $\beta = 0.57$ ). En esta misma línea, se encuentran las publicaciones Choi et al., (2004), de Mbuthia y Thaddaeus (2015) y Lei y Jolibert (2012) quienes hallaron que la satisfacción del paciente influencia positivamente a la lealtad con un peso de 0.56, 0.53 y 0.48, respectivamente.

Finalmente, en relación a si la calidad de servicio influye directamente en la lealtad de los usuarios de consulta externa de las clínicas en el Perú (H3), se obtiene una influencia no significativa ( $p = 0.518$ ). Este resultado es similar al obtenido en la publicación de Lei y Jolibert (2012) quienes hallaron que los coeficientes estándar entre la calidad y la lealtad no fueron estadísticamente significativas (0.11,  $p = 0.245$ ); sin embargo, estos resultados difieren de lo publicado por Shabir et al. (2016), quienes hallaron que existe una correlación positiva entre la calidad de servicio con la lealtad ( $\beta = 0.49$ ,  $p < 0.001$ ). En esta misma línea, Choi et al. (2004) obtuvieron resultados en los que la calidad de servicio influye directamente en la lealtad (0.18,  $p < 0.01$ ), similar a lo obtenido por Mbuthia y Thaddaeus (2015) quienes hallaron que la calidad de servicio influencia directamente a la lealtad de manera significativa (0.19,  $p < 0.05$ ).

## Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

A partir de los resultados de la presente investigación, las conclusiones que se pueden citar son las siguientes:

- La calidad de servicio, en el contexto de la consulta externa de las clínicas en el Perú, es un constructo bidimensional conformado por las dimensiones calidad técnica y calidad funcional.
- La dimensión calidad funcional influye más en el constructo calidad de servicio que la dimensión calidad técnica (0.99 vs. 0.15). Esto podría tener como sustento, tal cual lo señalado por Johnson et al. (2016), a que los usuarios tienden a evaluar la calidad de servicio tomando como base lo percibido durante el proceso de prestación del servicio.
- A su vez, la calidad funcional está compuesta por seis subdimensiones: fiabilidad, estacionamiento, elementos tangibles, capacidad de respuesta, empatía y competencias. De acuerdo a los resultados del análisis factorial confirmatorio, el orden en el que influyen en la calidad funcional es el siguiente: fiabilidad (0.68), empatía (0.52), capacidad de respuesta (0.32), competencias (0.30), elementos tangibles (0.25) y estacionamiento (0.17).
- Si bien la fiabilidad y la empatía son las subdimensiones que más influyen en la calidad funcional, en esta investigación se obtuvo, adicionalmente, las subdimensiones competencias y estacionamiento como parte de este constructo.
- En el contexto de la consulta externa de las clínicas en el Perú, la calidad de servicio influye en la satisfacción de los usuarios y, a su vez, la satisfacción influye en la lealtad. En el análisis factorial confirmatorio se evidencia que la

calidad de servicio influye en la satisfacción en 0.84 y que la satisfacción influye en la lealtad en 0.81.

- Con lo anterior se puede afirmar que, en el ámbito de la consulta externa, las clínicas en el Perú tendrán mayor probabilidad de conseguir usuarios leales si logran brindar una atención de calidad, así como si logran que el usuario se sienta satisfecho con el servicio recibido.
- Analizando los resultados obtenidos de la aplicación de los cuestionarios a los usuarios, en el contexto de la consulta externa de las clínicas en el Perú, la calidad de servicio tiene un puntaje promedio de 4.16, la satisfacción tiene un puntaje promedio de 3.83 y la lealtad tiene un puntaje promedio de 4.04. Esto equivale a una puntuación media, en el sistema vigesimal, de 16.66, 15.33 y 16.14 en los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad, respectivamente.

## **5.2 Recomendaciones**

- Mejorar la capacidad de respuesta de la consulta externa de las clínicas en el Perú ya que fueron todas las variables de esta subdimensión las que obtuvieron el menor puntaje al ser evaluadas por los usuarios y estas, a su vez, influyen en la calidad de servicio.
- Utilizar la calidad de servicio como estrategia de diferenciación de tal manera que el usuario se sienta satisfecho y concurra nuevamente a la misma clínica.
- Este es el primer estudio realizado en nuestro país que, en el contexto de los servicios de salud, se evalúa la calidad de servicio como un constructo bidimensional. A partir de estos resultados obtenidos, las clínicas privadas podrían evaluar la calidad de servicio utilizando las dos dimensiones de la calidad de servicio (calidad técnica y calidad funcional) y no solo calidad funcional.

### **5.3 Implicancias para Futuras Investigaciones**

- Realizar investigaciones sobre calidad de servicio, como un constructo bidimensional.
- Llevar a cabo la evaluación de la influencia entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad en el servicio de hospitalización de las clínicas en el Perú.
- Llevar a cabo la evaluación de la influencia entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad en el servicio de consulta externa y en el servicio de hospitalización de las clínicas en otros países de Latinoamérica.
- Evaluar cómo se relaciona e influencia el constructo valor percibido con la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad en el servicio de consulta externa y en el servicio de hospitalización de las clínicas.

### Referencias Bibliográficas

- Aagja, J., & Garg, R. (2010). Measuring perceived service quality for public hospitals PubHosQual in the Indian context. *International Journal of Pharmaceutical & Healthcare Marketing*, 4(1), 60-83.
- Ahmed, S., Tarique, K., & Arif, I. (2017). Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(5), 477-488.
- Aiken, L. (1980). Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educational and Psychological Measurement*, 40(4), 955-959.
- Aiken, L. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educational and psychological measurement*, 45(1), 131-142.
- Aliman, N., & Mohamad, W. (2016). Linking service quality, patients' satisfaction and behavioral intentions: An investigation on private healthcare in Malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 224(1), 141-148.
- Almeida, R., Bourliataux-Lajoinie, S., & Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: A systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11-25.
- Amaya, Y., Jardines, M., & Hernández, M. (2009). Instrumento para evaluar el nivel de satisfacción en los usuarios de los servicios asistenciales. *Ingeniería Industrial*, 30(2), 1-7.

- Anbori, A., Ghani, S. N., Yadav, H., Daher, A. M., & Tin Tin, S. (2010). Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana'a, Yemen. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 310-315.
- Andaleeb, S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1359-1370.
- Anderson, E., Fornell, C., & Lehmann, D. (1994). Customer satisfaction, market share and profitability: Findings from Sweden. *Journal of Marketing*, 58(3), 53-66.
- Arab, M., Tabatabaei, S., Rashidian, A., Forushani, A., & Zarei, E. (2012). The effect of service quality on patient loyalty: A study of private hospitals in Tehran, Iran. *Iranian Journal of Public Health*, 41(9), 71-77.
- Arbaiza, L. (2014). *Cómo elaborar una tesis de grado*. Lima, Perú: ESAN Ediciones.
- Arsanam, P., & Yousapronpaiboon, K. (2014). The relationship between service quality and customer satisfaction of pharmacy departments in public hospitals. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 5(4), 261-265.
- Attkisson, C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(1), 233-237.
- Ayanian, J. Z., & Markel, H. (2016). Donabedian's lasting framework for health care quality. *New England Journal of Medicine*, 375(3), 205-207.
- Bagozzi, R., & Phillips, L. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative Science Quarterly*, 36, 421-458.

- Baker, D. (1996). Understanding the basis of treatment choices for varicose veins: A model of decision making with the repertory grid technique. *Quality in Health Care*, 5(1), 128-133.
- Baker, D., & Crompton, J. (2000). Quality, satisfaction and behavioral intentions. *Annals of Tourism Research*, 27(3), 785-804.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., & Amenta, P. (2015). Conceptualization of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health*, 135(5), 243-250.
- Baxter, D., Goffin, K., & Szwejczewski, M. (2014). The repertory grid technique as a customer insight method. *Research Technology Management*, 57(4), 35-42.
- Bentler, P., & Bonett, D. (1980). Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Blatt, B., Kallenberg, G., Lang, F., Mahoney, P., Patterson, J., Dugan, B., & Sun, S. (2009). Found in translation: Exporting patient-centered communication and small group teaching skills to China. *Medical Education Online*, 14(6), 1-8.
- Bolton, R. N., & Drew, J. H. (1991). A multistage model of customers' assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, 17(4), 375-384.
- Botella, L. y Feixas, G. (2008). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona, España: FPCEE Blanquerna.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230-258.

- Buyukozkan, G., Cifci, G., & Guleryuz, S. (2011). Strategic analysis of healthcare service quality using fuzzy AHP methodology. *Expert Systems with Applications*, 38, 9407-9424.
- Byrne, B. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. New York, NY: Psychology Press.
- Campen, C., Sixma, H., Friele, R., Kerssens, J., & Peters, L. (1995). Quality of care and patient satisfaction: A review of measuring instruments. *Medical Care Research and Review*, 52(1), 109-133.
- Chaabouni, S., & Abednnadher, C. (2014). The relationship between patient satisfaction and service quality: A study of hospitals in Tunisia. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 5(3), 330-334.
- Chahal, H., & Bala, M. (2012). Significant components of service brand equity in healthcare sector. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 25(4), 343-62.
- Chahal, H., & Mehta, S. (2013). Modeling patient satisfaction construct in the Indian health care context. *International Journal of Pharmaceutical & Healthcare Marketing*, 7(1), 75-92.
- Chandrashekar, M., Rotte, S., Tax, S., & Grewall, R. (2007). Satisfaction strength and customer loyalty. *Journal of Marketing Research*, 44(1), 153-163.
- Choi, K., Cho, W., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice a south korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921.

- Choi, K., Lee, H., Kim, C., & Lee, S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 19(3), 140-149.
- Cournaud, A. (1978). The code of the scientist and its relationship to ethics. *Jurimetrics Journal*, 18(3), 225-240.
- Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4<sup>th</sup> Ed.). California, CA: Sage Publications.
- Cronbach, L. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cronin Jr., J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Dabholkar, P., Thorpe, D., & Rentz, J. (1996). A measure of service quality for retail stores: scale development and validation. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 24(3), 3-16.
- Danielsen, K., Bjertnaes, O., Garratt, A., Forland, O., Iversen, H., & Hunskaar, S. (2010). The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: Results from three casualty clinics in Norway. *BMC Family Practice*, 11, 1-8.
- Dean, A. (2008). The applicability of SERVQUAL in different care environments. *Health Marketing Quarterly*, 16(3), 1-21.

- Dedeke, A. (2003). Service quality: A fulfillment-oriented and interactions-centred approach, *Managing Service Quality*, 13(4), 276-289.
- Deng, Z., Lu Y., Wei K., & Zhang J. (2010). Understanding customer satisfaction and loyalty: An empirical study of mobile instant messages in China. *International Journal of Information Management*, 30(4), 289-300.
- De Wilde, E., & Hendriks, V. (2005). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties in a Dutch addict population. *European Addiction Research*, 11, 157-162.
- Donio', J., Massari, P., & Passiante, G. (2006). Customer satisfaction and loyalty in a digital environment an empirical test. *Journal of Consumer Marketing*, 23(7), 445-45.
- Dubé, L., & Schmitt, B. (1991). The processing of emotional and cognitive aspects of product usage in satisfaction judgments. *Advances in Consumer Research*, 18, 52-56.
- DuPree, E. Anderson, R., & Nash, I. (2011). Improving quality in healthcare: Start with the patient. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 79, 813-819.
- Dyer, N., Sorra, J., Smith., S., Cleary, P & Hays, R. (2012). Psychometric properties of consumer assessment of healthcare providers and systems (CAHPS) clinician and group visit survey. *Medical Care*, 50(11), suppl. 3, 28-43.
- Edura, W., & Rashid, W. (2009). Service quality in health care setting. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(5), 471-82.

- Eleuch, A. (2011). Healthcare service quality perception in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(6), 417-429.
- Escurre, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología. Pontificia Universidad Católica del Perú*, 6(1 y 2), 103-111.
- Fatima, T., Malik, S., & Shabbir, A. (2018). Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(6), 1195-1214.
- Feixas, G., De la Fuente, M., & Soldevila, J. M. (2003). La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 153-172.
- Fernández, M., Tuset, A., & Cuervo, M. (2017). La técnica de la rejilla en la evaluación de las aspiraciones y constructos vocacionales. *Psicología Educativa*, 23(1), 53-62.
- Finkelstein, A., Carmel, S., & Bachner, Y. G. (2017). Physicians' communication styles as correlates of elderly cancer patients' satisfaction with their doctors. *European Journal of Cancer Care*, 26(1), 1-8.
- Fitzpatrick, R., & Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: An empirical exploration. *Sociology of Health and Illness*, 5(3), 297-331.
- Fornell, C. (1992). A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. *Journal of Marketing*, 56(1), 6 – 21.

- Fornell, C., Johnson, M., Anderson, E., Cha, J., & Bryant, B. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, 60(4), 7–18.
- Garcia, S., & Garcia C. (2013). Estimación de la validez de contenido en una escala de valoración de grado de violencia de género soportado en adolescentes. *Acción Psicológica*, 10(2), 41-58.
- Giese, J., & Cote, J. (2002). Defining Consumer Satisfaction. *Academy of Marketing Science Review*, 2000(1), 1-24.
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36.
- Gustafsson, A., & Johnson, M. (2004). Determining attribute importance in a service satisfaction model. *Journal of Service Research*, 7(2), 124-141.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. (1999). *Análisis multivariante*. (5ª Ed.). Madrid, España: Prentice Hall Iberia.
- Hair, J., Bush, R., & Ortinau, D. (2010). *Investigación de mercados en un ambiente de información digital*. (4<sup>da</sup> Ed.). México DF, México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Ham, H., Peck, E., Moon, H., & Yeom, H. (2015). Predictors of patient satisfaction with tertiary hospitals in Korea. *Nursing Research & Practice*, 2015(1), 1-6.

- Hanzaee, K., & Shojaei, J. (2011). The favorable consequence of emotional satisfaction in service encounters: An evidence from tourism. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 1(11), 2088-2092.
- Hawthorne, G., Sansoni, J., Hayes, L., Marosszeky, N., & Sansoni, E. (2014). Measuring patient satisfaction with health care treatment using the short assessment of patient satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(5), 527-37.
- Hennig-Thurau, T., & Klee, A. (1997). The Impact of Customer Satisfaction and Relationship Quality on Customer Retention: A Critical Reassessment and Model Development. *Psychology & Marketing*, 14(8), 737-764.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México D.F, México: McGraw-Hill.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1), 53-60.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hulka, B., Zyzanski, S., Cassel, J., & Thompson, S. (1970). Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Medical Care*, 8(5), 429-436.

- Hunt, S., & Morgan, R. (1997) Resource-advantage theory: A snake swallowing its tail or a general theory of competition. *Journal of Marketing*, 61(4), 74-82.
- Iacobucci, D., Ostrom, A., & Grayson, K. (1995). Distinguishing service quality and customer satisfaction: The voice of the consumer. *Journal Of Consumer Psychology (Taylor & Francis Ltd)*, 4(3), 277.
- Ibern, P. (1992). "La mesura de la satisfacció en els servéis sanitaris". *Gaceta Sanitaria*, 6(31), 176-185.
- Jaráiz, E., Lagares, N., & Pereira, M. (2013). Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española De Ciencia Política*, 32(1), 161-181.
- Johnson, D., & Russell, R. (2015). SEM of service quality to predict overall patient satisfaction in medical clinics: A case study. *The Quality Management Journal*, 22(4), 18-36.
- Johnson, D., Russell, R., & White, S. (2016). Perceptions of care quality and. The effect on patient satisfaction. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(8), 1202-1229.
- Kang, G., & James, J. (2004). Service quality dimensions an examination of Grönroos's service quality model. *Managing Service Quality*, 14(4), 266-277.
- Kang, S., & Oh, J. (2015). Customer perceptions of health examination service quality: An empirical investigation in South Korea. *International Journal of Social Science and Humanity*, 5(3), 272-280.

- Katarachia, A. (2013). Measuring service quality and satisfaction in greek cooperative banking: An exploratory study. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 26(1), 55-75.
- Kasiri, L., Cheng, K., Sambasivan, M., & Sidin, S. (2016). Integration of standardization and customization: Impact on service quality, customer satisfaction and loyalty. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 35(1), 91-97.
- Kian, T., & Heng, T. (2015). An exploratory study on the factors that influence patient satisfaction and its impact on patient loyalty. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 6(3), 180-183.
- Kim, C., Shin, J., Lee, J., Lee, Y., Kim, M., Choi, A., Park, K., Lee, H., & Ha, I. (2017). Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: A cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 17(1), 1-12.
- Kondasani, R., & Panda, R. (2015). Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(5), 452-467.
- Kristensen, K., & Eskildsen, J. (2012). The relationship between SERVQUAL, national customer satisfaction indices, and consumer sentiment. *Quality Management Journal*, 19(2), 47-61.
- Lee, J., & Lee, H. (2013). Does Satisfaction affect Brand loyalty? *Academy of Marketing Studies Journal*, 17(2), 133-147.

- Lei, P., & Jolibert, A. (2012). A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: An empirical study of the Chinese healthcare system. *BMC Health Services Research*, 12(1), 436.
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao O. (2016). *El Sistema de salud en Perú: Situación y desafíos*. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú, REP.
- Lim, P., & Tang, N. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(7), 290-299.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 1-55.
- MacCallum, R., Browne, M., & Sugawara, H. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1, 130-149.
- Malhotra, N. (2008). *Investigación de mercados*. México DF, México: Pearson Educación.
- Manaf, N., Mohd, D., Abdullah, K. (2012). Development and validation of patient satisfaction instrument. *Leadership in Health Services*, 25(1), 27-38.
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum: Qualitative Social Research*, 11(3), 1-19.
- Marsden, D., & Littler, D. (2000). Repertory grid technique – An interpretive research framework. *European Journal of Marketing*, 34(7), 816-834.

- Marsh, H., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, 97(3), 562-582.
- Marshall, B., Cardon, P., Poddar A., & Fontenot, R. (2013). Does sample size matter in qualitative research?: A review of qualitative interviews in is research, *Journal of Computer Information Systems*, 54(1),11-22.
- Matute, J., Polo, Y., & Utrillas, A. (2015). Las características del boca-oído electrónico y su influencia en la intención de recompra online. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 24, 61-75.
- Mbuthia, M., & Thaddaeus, E. (2015). Validating customer loyalty model using structural equation modelling in a Kenyan hospital. *Open Access Library Journal*, 2, 1-12.
- Meesala, A., & Paul, J. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 261-269.
- Mendoza, C., Ramos-Rodríguez, C & Gutiérrez, E. (2016). Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Revista Horizonte Médico*, 16(1), 14-19.
- Ministerio de Salud del Perú (2014). *Guía técnica para la identificación de competencias y diseño de estándares e instrumentos de evaluación de competencias específicas con el enfoque funcional. Serie Bibliográfica Recursos Humanos en Salud*, 18. Lima – Perú.

- Ministerio de Salud del Perú. (2018). *Registro de instituciones prestadoras de servicios de salud – RENIPRESS*. Recuperado de: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>
- Mittal, V., & Kamakura, W. (2001). Satisfaction, repurchase intent, and repurchase behavior: investigating the moderating effect of customer characteristics. *Journal of Marketing Research*, 38, 131-142.
- Moliner, M. A. (2009). Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. *Journal of Service Management*, 20(1), 76-97.
- Morse, J. (1995). The significance of saturation. *Qualitative Health Research*, 5(2), 147-149.
- Mortazavi, S., Kazemi, M., Shirazi, A., & Aziz-Abadi, A. (2009). The relationships between patient satisfaction and loyalty in the private hospital industry. *Iranian Journal of Public Health*, 38(3), 60-69.
- Muhammad Butt, M., & Cyril de Run, E. (2010). Private healthcare quality applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7), 658-673.
- Namakforoosh, M. (2005). *Metodología de la investigación*. (2<sup>da</sup> Ed.). México DF, México: Limusa Noriega Editores.
- Naseem, A., Balon, R., & Khan, S. (2001). Customer, client, consumer, recipient, or patient. *Annals of Clinical Psychiatry*, 13(4), 239-240.

- Neighbor, H. & Kienzle, L. (2012). *Customer insights toolkit. Enhancing value chain development through customer research*. USAID. MicroREPORT #182.
- Recuperado de:  
[https://www.marketlinks.org/sites/marketlinks.org/files/resource/files/Customer\\_Insight\\_Toolkit\\_0.pdf](https://www.marketlinks.org/sites/marketlinks.org/files/resource/files/Customer_Insight_Toolkit_0.pdf)
- Neuberger, J. (2015). The patient/consumer/service user and medical ethics 40 years on. *Journal of Medical Ethics, 41*, 22-24.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. (3a ed). México D.F, México: McGraw-Hill Latinamericana.
- Orel, F., & Kara, A. (2013). Supermarket self-checkout service quality, customer satisfaction, and loyalty: Empirical evidence from an emerging market. *Journal of Retailing and Consumer Services, 21*(2014), 118-129.
- Ozpehlivan, M., & Acar, Z. (2016). Development and validation of a multidimensional job satisfaction scale in different cultures. *Cogent Social Sciences, 2*, 1-20.
- Padma, P., Rajendran, C., & Prakash, S. (2010). Service quality and its impact on customer satisfaction in Indian hospitals. *Benchmarking, 17*(6), 807-841.
- Pai, Y., & Chary, S. (2016). Measuring patient-perceived hospital service quality: A conceptual framework. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 29*(3), 300–323.
- Panchapakesan, P., Prakash, L., & Rajendran, C. (2015). Customer satisfaction in Indian hospitals: Moderators and mediators. *Quality Management Journal, 22*(1), 10-29.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, J., & García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la validez de contenido: Avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-18.
- Peer, M., & Mpinganjira, M. (2011). Understanding service quality and patient satisfaction in private medical practice: a case study. *African Journal of Business Management*, 5(9), 3690-3698.
- Pérez-Goiz, R., Vega-Malagón, G., & Martínez-Martínez, M. (2009). Satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias en un hospital de segundo nivel. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(6), 637-642.
- Priego, H. (1995). ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? *Salud Pública de México*, 37(5), 381-382.
- Ramírez, P., Alfaro, J., & Machorro, F. (2016). La técnica grilla de repertorio (repertory grid): Un método para el estudio de la cognición en la evaluación de habilidades docentes. *Formación Universitaria*, 9(2), 97-104.
- Raposo, M., Alves., & Duarte, P. (2009). Dimensions of service quality and satisfaction in healthcare: A patient satisfaction index. *Service Business*, 3, 85-100.

Real Academia Española (2018). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de:

<https://dle.rae.es/?id=DgIqVCc>.

Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: Una técnica útil dentro del campo antropofísico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49.

Sam Daniel, P., & Sam, A. (2011). *Research Methodology*. Nueva Delhi, India: Kalpaz Publications.

Sarduy, Y. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 1-11.

Shabbir, A., Malik, S. A., & Malik, S. A. (2016). Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. *The International Journal of Quality & Reliability Management*, 33(5), 538-557.

Shea, J., Guerra, C., Wiener, J., Aguirre, A., Ravenell, K., & Asch, D. (2008). Adapting a patient satisfaction instrument for low literate and Spanish-speaking populations: Comparison of three formats. *Patient Education and Counseling*, 73, 132-140.

Shemwell, D., Yavas, U., & Bilgin, Z. (1998). Customer service provider relationships: An empirical test of a model of service quality, satisfaction and relationship-oriented outcomes. *International Journal of Services Industry Management*, 9(2), 155-168.

Shevell, M. (2009). What do we call them?: The patient versus client dichotomy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 770-772.

- Shi, Y., Prentice, C., & He, W. (2014). Linking service quality, customer satisfaction and loyalty in casinos, does membership matter? *International journal of Hospitality Management*, 40, 81-91.
- Subramanian, N., Gunasekaran, A., Yu, J., Cheng, J., & Ning, K. (2014). Customer satisfaction and competitiveness in the Chinese e-retailing: structural equation modeling (SEM) approach to identify the role of quality factors. *Expert Systems with Applications*, 41(1), 69-80.
- Superintendencia Nacional de Salud (2016). *Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud: Resultados definitivos*. Recuperado de:  
  
<http://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/>
- Stanworth, J., Hsu, R., & Warden, C. (2017). Validation of a measure of chinese outpatients' satisfaction in the Taiwan setting. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, And Financing*, 54, 1-8.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829.
- Sogi, C., Zavala, S., Oliveros, M., & Salcedo, C. (2013). Autoevaluación de formación en habilidades de entrevista, relación médico paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(1), 30-37.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2(1)253-255.

- Tso, I., Ng, S., & Chan, C. (2006). The development and validation of the concise outpatient department user satisfaction scale. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 275-280.
- Turel, O., & Serenko, A. (2006). Satisfaction with mobile services in Canada: An empirical investigation. *Telecommunications Policy*, 30, 314–331.
- Vergara, J., & Maza, F. (2018). Structural equation models applied for evaluating service quality and satisfaction in the healthcare system of Cartagena de Indias D.T.YC. (Colombia), *Economics & Sociology*, 11(2), 200-215.
- Wahyuni, D. (2012). The research design maze: Understanding paradigms, cases, methods and methodologies. *Journal of Applied Management Accounting Research*, 10(1), 69-80.
- Wen, D., Ma, X., Li, H., Liu, Z., Xian, B., & Liu, Y. (2013). Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. *BMC Medical Education*, 13, 1-6.
- Wheaton, B., Muthén, B., Alwin, D., & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology*, 8, 84-136.
- Wu, L. (2011). Beyond satisfaction: the relative importance of locational convenience, interpersonal relationships, and commitment across service types. *Managing Service Quality: An International Journal*, 21(3), 240-263.
- Zamil, A. M., & Shammot, M. M. (2011). Role of measuring customer satisfaction in improving the performance in the public sector organization. *Journal of Business Studies Quarterly*, 2(3), 32-41.

Zarei, E., Daneshkohan, A., Pouragha, B., Marzban, S., & Arab, M. (2015). An empirical study of the impact of service quality on patient satisfaction in private hospitals, Iran. *Global Journal of Health Science*, 7(1), 1-8.

## Apéndice A: Matriz de Consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	FORMULACIÓN PREGUNTAS DEL PROBLEMA	OBJETIVOS DE LA INVESTGACIÓN	VARIABLES	DIMENSIONES		DISEÑO METODOLÓGICO
Problema Principal	Pregunta Principal	Objetivo Principal		Dimensiones	Subdimensiones	Tipo de Investigación
No se conoce la relación e influencia entre los constructos calidad de servicio, satisfacción y lealtad en el servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú.	¿Cuál es la relación e influencia entre la calidad de servicio, satisfacción y lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?	Determinar la relación e influencia de la calidad de servicio, la satisfacción y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú			Fiabilidad Capacidad de Respuesta Calidad Funcional Empatía Elementos Tangibles Estacionamiento	Investigación mixta, básica, aplicada, de lógica inductiva, lógica deductiva y de alcance correlacional - causal.  Investigación Cualitativa Diseño: Recayó en el grupo de los métodos interpretativos ya que solo se obtuvieron los datos tal cual fueron manifestados por los entrevistados. Técnica: Se realizaron 20 entrevistas en profundidad utilizando
			Calidad de Servicio	Calidad Técnica		
			Satisfacción	Unidimensional		Investigación Cuantitativa Diseño: se circunscribe en el grupo de métodos pospositivistas de tipo no experimental (estudio de campo) y Población: personas de ambos sexos, mayores de 20 años (etapas de vida adulto y adulto mayor) que hayan utilizado el servicio de consulta externa de las clínicas de atención general de mayor poder resolutivo.
			Lealtad	Unidimensional		
Antecedentes	Problemas Específicos	Objetivos Específicos		Hipótesis		
Zarei et al. (2015) refieren que la calidad de servicio tiene una significativa conexión positiva con la satisfacción del cliente.	¿Cuál es la relación e influencia entre la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?	Determinar la relación e influencia entre la calidad de servicio y la satisfacción de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú	H1: La calidad de servicio influye significativamente en la satisfacción			Tamaño de muestra: n = 450 Selección de la muestra: Muestreo probabilístico estratificado con afijación proporcional. Técnica: Encuestas personales. Diseño del instrumento: 1) Diseño del cuestionario inicial. 2) Validación de contenido. 3) Prueba piloto. 4) Diseño del instrumento final.
Henning-Thurau y Kee, 1997 señalan que la satisfacción del usuario influencia directamente a la lealtad y a la calidad de servicio.	¿Cuál es la relación e influencia entre la satisfacción y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?	Determinar la relación e influencia entre la satisfacción y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú	H2: La satisfacción influye significativamente en la lealtad.			Aplicación del instrumento: Se realizó mediante interceptación personal una vez concluida la consulta externa. El lugar en donde se llevó a cabo fue en las mismas instalaciones de las clínicas o en la vía pública más próxima.
Carson, Carson y Roe en 1998 (como se cita en Johnson et al., 2015) manifiestan que la evidencia científica sugiere que la calidad de servicio percibida va a influenciar en el comportamiento del paciente.	¿Cuál es la relación e influencia entre la calidad de servicio y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú?	Determinar la relación e influencia entre la calidad de servicio y la lealtad de los usuarios del servicio de consulta externa de las clínicas en el Perú.	H3: La calidad de servicio influye significativamente en la lealtad.			Procesamiento de datos: Los datos obtenidos fueron codificados e ingresados en una hoja de cálculo Excel y, posteriormente, esta información se procesó en el programa estadístico SPSS® versión 24.0 y AMOS® versión 18.

## **Apéndice B: Fundamento Científico del Uso de la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly**

La Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly fue elaborada por el psicólogo clínico y doctor George Kelly en la década de los treinta (Baxter et al., 2014) al desarrollar la Psicología de Constructos Personales y tiene como base el constructivismo (Botella y Feixas, 2008).

Botella y Feixas (2008), señalan lo siguiente:

El constructivismo intenta dar respuesta a la cuestión de cuál es la relación entre conocimiento y realidad, alejándose a la vez de la postura idealista y de la realista. En consecuencia, se enmarca en el ámbito filosófico tradicional de la epistemología, definida como estudio del conocimiento humano y del proceso de conocer (p. 18).

Estos mismos autores añaden que “Las premisas epistemológicas básicas de la Psicología de Constructos Personales y, por extensión, del constructivismo, encajan mejor con la cosmovisión posmoderna que con el énfasis en la racionalidad y las ciencias positivas de épocas anteriores” (p. 29).

Ramírez, Alfaro y Machorro en el 2016 indican que:

Según la Teoría de Constructos Personales, las cosas se interpretan por medio de constructos y en ese proceso le damos sentido a ellas. Este alternativismo constructivo implica que diferentes individuos tienen diferentes maneras de interpretar la misma cosa, como también, que un mismo individuo siempre tiene la opción de interpretar algo en forma diferente en dos ocasiones distintas. En concreto, la realidad está sujeta a muchas construcciones alternativas, y algunas de estas pueden ser más convenientes que otras (P. 99).

Botella y Feixas en el 2008 menciona que el Dr. Kelly presenta su Teoría de Constructos Personales con un postulado fundamental seguido de 11 corolarios que desarrollan distintos aspectos de este. Estos mismos autores señalan que el postulado fundamental es que “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por las formas en que anticipa los acontecimientos” (p. 39).

Es importante precisar que, en relación al concepto de anticipar señalado por Kelly, hace referencia a:

Las dimensiones de significado, al sistema de construcción, cuya función principal, según Kelly, es la de anticipar los acontecimientos. Por esto, en Kelly anticipación es sinónimo de estructura de significado desde la cual la persona construye los acontecimientos, los haya imaginado conscientemente o no (Botella y Feixas, 2008, p. 40).

Por otro lado, Feixas, De La Fuente y Soldevila (2003) refieren que la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly tiene como base el supuesto que los seres humanos construimos unos significados con los que organizamos nuestro entorno físico y social. Por este motivo, esta técnica está dirigida a evaluar los constructos personales del entrevistado. Asimismo, Feixas y Cornejo en 1996 (como se cita en Fernández, Tuset y Cuervo, 2017), agregan que “Kelly concibió al ser humano como un científico que elabora hipótesis para interpretar y dar sentido al flujo de acontecimientos en los que se encuentra. Estas hipótesis están formadas por constructos personales” (p. 54).

Goffin and Lemke en 2004 (como se cita en Baxter et al., 2014), refieren que la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly es utilizada para entender cómo los individuos piensan. En esta misma línea, Baxter et al., (2014) indica que la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly es un método que permite explorar cómo una persona construye el significado del constructo a evaluar. Asimismo, Kelly en 1955, (como se

cita en Baxter et al., 2014) señala que la Técnica de la Rejilla de Repertorio opera desde el supuesto clave que los individuos tienen un conjunto único de formas de interpretar el mundo (construcciones personales), las cuales pueden identificarse con precisión.

Baxter et al. (2014) agregan que, debido a que las personas tienen diferentes sistemas constructivos, estos experimentan la realidad de forma diferente. De esta manera, la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly es, fundamentalmente, un método que busca explorar cómo las personas individuales construyen significado.

Mención aparte merece el uso y difusión de esta técnica en la investigación científica. Así, Baker (1996) indica que la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly ha sido aplicada en diversas situaciones y campos (incluyendo los servicios de salud) toda vez que proporciona una manera flexible y adaptable de medir sistemáticamente cómo piensan las personas acerca de ellas mismas y los eventos que encuentran en sus vidas. Por su parte, Marsden & Littler (2000) indican que la técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly ha sido ampliamente utilizada en la metodología cualitativa en el campo de la investigación del consumidor en los últimos 30 años. En esta misma línea coincide, Baxter et al., (2014) cuando refiere que esta técnica se utiliza de manera eficaz en la identificación de los insights de los consumidores. Marsden y Littler en el año 2000 así como Veinand et al. en el 2011 (como se cita en Baxter et al., 2014), señalan que la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly, en las últimas décadas, se ha utilizado a la investigación del consumidor. Agregan que esta técnica se utiliza para ayudar a los encuestados a expresar sus puntos de vista sobre temas como sus sentimientos durante el desarrollo del proceso de compra y la forma en que piensan sobre los productos y los servicios.

Considerando que los insights del consumidor, tal cual lo señalado por Neighbor y

Kienzle (2012), son un entendimiento a profundidad de las necesidades (tanto las conocidas como las latentes) y el comportamiento de los consumidores, la aplicación de la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly en la presente investigación se fundamenta debido a que, en la parte cualitativa de la presente investigación, se deseaba conocer cuáles eran los insights de los usuarios relacionados con la calidad de servicio de la consulta externa de las clínicas en el Perú.

## **Apéndice C: Proceso de Aplicación de la Técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly**

### **1. Criterios de inclusión**

La población está formada por personas mayores de 20 años que residan en el Perú, que hayan utilizado el servicio de consulta externa de las clínicas y que, a su vez, no hayan requerido de internamiento.

### **2. Forma de realizar la entrevista en profundidad**

La técnica de la Rejilla de Repertorio de Kelly se basa en el supuesto que los seres humanos construimos unos significados con los que organizamos nuestro entorno físico y social. De esta manera, esta técnica está dirigida a evaluar los constructos personales del entrevistado (Feixas, De La Fuente & Soldevila, 2003).

Para poder recolectar los datos referidos a la identificación de los insights del consumidor relacionados con la calidad de servicio, se realizarán entrevistas en profundidad cara a cara de tipo semiestructurada. La duración estimada de las entrevistas es entre 20 a 40 minutos, siendo 30 minutos el tiempo promedio de duración estimada. Las entrevistas serán realizadas entre los meses de mayo y julio de 2015.

El proceso de la entrevista se realizará de la siguiente manera:

- Identificación de los elementos: se solicitará al participante que mencione nombre de las clínicas en donde se haya atendido y/o conozca el servicio de consulta externa de las mismas. Normalmente la rejilla debería incluir entre seis y diez elementos homogéneos (Baxter et al., 2014). En caso que el entrevistado no mencione de manera espontánea los nombres de por lo menos seis clínicas, el

entrevistador le presentará una lista conteniendo los nombres de las clínicas para ayudarlo a que recuerde el o los nombres de alguna otra institución.

- Escribir cada elemento identificado en una tarjeta.
- El investigador elegirá tres tarjetas de manera aleatoria y se las entregará al entrevistado.
- El investigador pedirá al entrevistado que compare los elementos de una manera específica: Por favor, piense acerca de cómo los servicios ambulatorios ofrecidos en dos de esas clínicas son similares o diferentes a los de la tercera en términos de la calidad de servicio. La respuesta será el insight.
- Se pedirá al entrevistado que mencione el polo opuesto al constructo identificado.
- Realizar pregunta de consistencia: ¿Qué atributo prefiere? ¿El insight o el polo opuesto?
- Pedir al entrevistado que califique los tres elementos iniciales en relación al insight. El preferido será el insight y se le asignará el valor de 1. El polo opuesto tiene valor 5.
- Pedir al participante que califique los elementos restantes.
- Repetir el proceso desde el paso en donde el investigador pide al entrevistado que compare los elementos de una manera específica.

La entrevista estará completada cuando los entrevistados no puedan identificar más insights únicos, lo cual típicamente ocurre después de alrededor diez insights identificados (Baxter et al., 2014). El proceso de recolección de datos se continuará hasta alcanzar el punto de saturación, punto en el cual se ha evidenciado una cierta diversidad de insights y con cada entrevista adicional no aparecen ya otros elementos.



## Apéndice E: Ficha de Registro de Flujo de Visitas a Clínicas

**ESTUDIO "CONTEO DEL FLUJO DE VISITAS  
EN CLÍNICAS"  
AGOSTO 2018**

Nro. Ficha: \_\_\_\_\_

Ubigeo: \_\_\_\_\_

N°	Día de la Semana					Fecha
1	L	M	M	J	V	___/___/2018
2	L	M	M	J	V	___/___/2018

Ciudad	
(01) Lima	(02) Otra:

### SECCIÓN A: REGISTRO DE LA CLÍNICA VISITADA

**P1. ¿Qué clínica ha visitado?**

**(Encuestador:** Corroborar que la clínica visitada figure en la lista.

Listado de Clínicas			
Clinica MacSalud	(01)	Clinica Cayetano Heredia	(17)
Clinica San Pablo - sede Trujillo	(02)	Clinica San Gabriel	(18)
Clinica Metropolitana	(03)	Clinica Providencia	(19)
Clinica del Pacifico	(04)	Clinica Good Hope	(20)
Clinica Santa María del Sur	(05)	Clinica Padre Luis Tezza	(21)
Clinica Internacional - sede Lima	(06)	Clinica Internacional - sede San Borja	(22)
Clinica Javier Prado	(07)	Clinica Maison de Santé - sede Este	(23)
Clinica Maison de Santé - sede Lima	(08)	Clinica Jesús del Norte	(24)
Clinica Maison de Santé - sede Sur	(09)	Clinica San Pablo - sede Lima	(25)
Clinica Vesalio	(10)	Clinica Stella Maris	(26)
Clinica San Judas Tadeo	(11)	Clinica Montefiori	(27)
Clinica Centenario Peruano Japonesa	(12)	Clinica Ricardo Palma	(28)
Clinica San Miguel Arcángel	(13)	Clinica Sanna San Borja	(29)
Clinica San Juan Bautista	(14)	Clinica San Felipe	(30)
Clinica Sanna El Golf	(15)	Clinica Delgado	(31)
Clinica Angloamericana	(16)		

## SECCIÓN B: CONTEO DE VISITANTES

P2. Registre el número de visitantes a la clínica por hora.

Intervalo de tiempo		Conteo de visitantes	Total Visitantes	Observaciones
8:00	9:00			
9:00	10:00			
10:00	11:00			
11:00	12:00			
12:00	13:00			
13:00	14:00			
14:00	15:00			
15:00	16:00			
16:00	17:00			
17:00	18:00			
18:00	19:00			
19:00	20:00			

## **Apéndice F: Breve Reseña Académico-Profesional de los Expertos que Validaron el Cuestionario**

### **Juez 1: Dr. Frank Lizaraso Soto**

- Doctor en Medicina (Universidad Peruana Cayetano Heredia).
- Maestro en Medicina (Universidad Peruana Cayetano Heredia).
- Master of Business Administration (CENTRUM – PUCP).
- Segunda Especialidad en Cardiología (Universidad de San Martín de Porres).
- Médico Cirujano (Universidad de San Martín de Porres).
- Actual Director del Instituto de Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.
- Profesor de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.
- Exgerente del Área de Investigación Clínica del laboratorio farmacéutico Merck Sharp & Dohme – Perú.
- Autor de diversos artículos científicos y libros.
- e-mail: flizarasos@usmp.pe

### **Juez 2: Dra. Niria Goñi Ávila**

- Doctora en Administración (Universidad Nacional Autónoma de México).
- Maestra en Administración Pública (Centro de Investigación y Docencia Económica, México).
- Ingeniera Economista (Universidad Nacional de Ingeniería).
- Actual profesora de postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola.
- Exjefa del Área de Integración (CENTRUM – PUCP).

- Fue miembro del Sistema Nacional de Investigadores (México), miembro del Consejo Directivo Académico de la Red de Investigadores (Secretaría de Turismo de México) y miembro del Comité de Tesis del Programa Doctorado en Administración (Universidad Nacional Autónoma de México).
- Autora de diversos libros y artículos científicos, incluyendo investigaciones sobre calidad de servicio.
- Calificada como investigadora CONCYTEC. Registro 13490.
- e-mail: nmg2105@gmail.com

### **Juez 3: Dr. Edmundo González Zavaleta**

- Doctor en Administración (Universidad Nacional Autónoma de México).
- Master of Business Administration (University of Texas at Austin, USA).
- Maestro en Administración Pública (Centro de Investigación y Docencia Económica, México).
- Magíster en Administración de Negocios (ESAN).
- Ingeniero Químico (Universidad Nacional de Trujillo).
- Experiencia en gestión académica, docencia e investigación a nivel internacional en el ámbito de posgrado, así como en el diseño de programas de pregrado, maestría y doctorado.
- Exvicerrector académico de la Universidad Científica del Sur. Exdirector Académico de la Escuela de Postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola. Exdirector Académico de las Maestrías de la Escuela de Postgrado de la Universidad del Pacífico.
- Autora de diversos libros y artículos científicos.
- e-mail: edmundogonzalezavaleta@gmail.com

**Juez 4: Mg. Carlos Soto Linares**

- Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología Universidad Federico Villarreal).
- Magíster en Educación con mención en Docencia e Investigación Universitaria (Universidad de San Martín de Porres).
- Médico cirujano (Universidad Federico Villarreal).
- Actual jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental del Hospital Hipólito Unanue.
- Profesor de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.
- Experiencia en evaluación de la calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios asistenciales desde el año 2006.
- e-mail: csotol@usmp.pe

**Juez 5: Mg. José Garay Uribe**

- Magíster en Salud Pública (Universidad Peruana Cayetano Heredia).
- Master en Investigación de Sistemas de Salud (ULB-Bélgica).
- Médico Cirujano (Universidad de San Martín de Porres).
- Profesor de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.
- Experiencia como consultor internacional para el Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas (UNFPA), Cooperación Técnica Belga (CTB) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Experiencia en evaluación de la calidad y eficiencia de los sistemas de salud.
- e-mail: jgarayu@usmp.pe

## Apéndice G: Oficio Dirigido a Expertos y Tabla de Calificación

Lima, 15 de junio de 2018

Sr. Doctor  
**FRANK LIZARASO SOTO**  
Director del Instituto de Investigación  
Facultad de Medicina Humana  
Universidad de San Martín de Porres  
Presente.

Es grato dirigirme a usted a fin de expresarle mis cordiales saludos y, a su vez, solicitar su valiosa colaboración en calidad de juez con la finalidad de validar el contenido del instrumento (ítems del cuestionario) que se utilizará en la investigación titulada “CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ”. El objetivo de la citada investigación es determinar la forma en que relacionan estos tres constructos en nuestro país.

En tal sentido, la validación del instrumento en las investigaciones tiene gran relevancia a efectos que los resultados obtenidos puedan ser utilizados eficientemente, por lo que mucho agradeceré vuestra colaboración a fin de calificar cada uno de los ítems presentados, teniendo en cuenta los criterios señalados en la tabla adjunta. Asimismo, de considerarlo, usted también puede señalar las observaciones que considere pertinentes. Para las alternativas de respuesta del cuestionario se utilizará la escala de Likert de 5 puntos.

Le reitero mi agradecimiento por su valioso soporte en la presente investigación.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente.

**Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi**  
Doctorando en Administración con  
mención en Dirección Estratégica  
Universidad San Ignacio de Loyola

*Tabla de Calificación*

<b>Categoría</b>	<b>Calificación</b>	<b>Indicador</b>
<b>SUFICIENCIA</b> Los ítems presentados bastan para obtener la medición del tema en investigación.	1 No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir el tema planteado
	2. Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto del tema pero no corresponden con el tema en su totalidad
	3. Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar el tema completamente.
	4. Alto nivel	Los ítems son suficientes
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1 No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro; tiene semántica y sintaxis adecuada.
<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con el tema o indicador que está midiendo.	1 No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con el tema investigado.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con el tema investigado.
	3. Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con el tema investigado.
	4. Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con el tema investigado.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1 No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición del tema investigado
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido

## Apéndice H: Calificación de los Expertos

### Dr. Frank Lizaraso Soto

VALIDACION DE ITEMS EN INVESTIGACION SOBRE "RELACION ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCION Y LEALTAD DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA CONSULTA EXTERNA DE LAS CLINICAS EN EL PERU"

Constructo	Dimensiones	Nro.	Items	V de Aiken				Observaciones		
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia			
CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD		1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	3	3	3	2			
		2	El trato recibido por los médicos es cortés y atento	4	3	2	2			
		3	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problema de salud	4	4	4	4			
		4	El médico me inspira confianza, seguridad	4	4	3	3			
		5	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	4	3	3	2			
		6	El médico me brinda un excelente servicio	4	4	4	3			
		7	El médico está atento a resolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación	3	4	4	4			
		8	La apariencia del médico es impecable, limpio	1	2	2	1			
		10	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	2	3	3	3			
		19	Creo que la información médica brindada es confiable	3	4	4	4			
		9	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	4	4	4	4			
		11	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.	3	2	3	4			
		17	Proporciona su servicio en el momento en que prometen u ofrecen hacerlo	4	4	4	4			
		18	Cuando prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen	4	4	4	4			
		20	El médico me hizo sentir cómodo	4	4	4	4			
		21	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.	4	4	4	4			
		CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA		13	El personal asistencial me atiende de manera rápida	3	2	3	3	
				14	La consulta médica fue rápida	4	4	4	4	
				15	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	4	4	4	4	
				16	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	4	4	4	4	
41	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica			2	2	2	3			
58	Es fácil reservar las citas en esta clínica			4	4	4	4			
59	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito			4	4	4	4			
61	La clínica tiene un sistema de atención organizado			4	4	4	4			
22	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.			4	4	4	4			
23	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.			4	4	4	4			
33	El personal nunca estuvo muy ocupado para atender mis requerimientos			1	2	2	2			
CALIDAD DE SERVICIO		35	El personal siempre estuvo dispuesto a proporcionar el servicio	4	4	4	4			
		37	El personal siempre estuvo listo para proporcionar el servicio	4	4	4	4			
		47	El trato del personal administrativo es amable	3	3	3	4			
		48	Tengo la impresión que el personal administrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)	1	1	1	1			
		50	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	2	1	2	1			
		38	Me siento seguro en mis visitas aquí	1	1	1	3			
		39	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	2	2	2	3			
		42	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	1	1	1	2			
		52	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	4	4	4	4			
		53	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	3	3	4	4			
CALIDAD FUNCIONAL: EMPATIA		55	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	4	4	4	4			
		56	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	3	3	3	3			
		57	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	2	2	2	2			
		49	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	2	2	3	3			
		51	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial.	2	2	3	4			
		60	Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.	2	2	2	4			
		63	El personal asistencial realmente se preocupa por mí.	1	1	2	3			
		64	El personal entendió mis necesidades específicas	1	1	1	3			
		65	El personal me brindó una especial atención	3	2	3	3			
		CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES		24	La clínica posee equipos con la última tecnología	4	4	4	4	
25	La clínica posee instalaciones modernas			4	4	4	4			
26	La clínica posee baños de apariencia moderna			3	2	3	4			
27	La infraestructura de la clínica es agradable			4	4	4	3			
28	La clínica posee buena decoración			2	3	2	2			
29	Las instalaciones de la clínica parecen seguras			4	4	4	4			
30	La clínica posee buena iluminación			2	2	3	3			
31	Los ambientes de la clínica son limpios			4	4	4	4			
		32	Los baños de la clínica son limpios	4	4	4	4			
		34	Las instalaciones de la clínica son cómodas	4	4	4	4			

	36	La clínica cuenta con áreas climatizadas	1	1	1	1	
	40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	2	1	2	2	
	66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.)	3	3	3	3	
	67	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	2	1	2	2	
<b>CALIDAD FUNCIONAL:</b>	43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	4	4	4	4	
	44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	4	4	4	4	
	45	El estacionamiento es un lugar seguro	4	4	4	4	
	46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	4	4	4	4	
<b>ESTACIONAMIENTO</b>	12	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	3	3	3	4	
	54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	4	4	4	4	
	62	La clínica posee médicos altamente calificados	4	4	4	4	
	69	El diagnóstico que recibo es preciso	4	4	4	4	
<b>CALIDAD TÉCNICA</b>	70	El tratamiento que recibo me cura a la primera	4	4	4	4	
	68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	4	4	4	4	
	71	Reputación con la que cuenta la clínica.	4	4	4	4	
	72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	4	4	4	4	
<b>IMAGEN</b>	73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio ambulatorio que recibió en la clínica?	4	4	4	4	
	74	¿En que medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	2	1	1	2	
	75	¿Qué tan cerca están los servicios ambulatorios ofrecidos por esta clínica a su ideal de servicios de salud?	2	1	2	2	
<b>SATISFACCIÓN DEL USUARIO</b>	76	Dire cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4	
	77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4	
	78	De necesitarlo, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	4	4	4	4	
<b>LEALTAD</b>	79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	4	4	4	4	
<b>CALIDAD EN GENERAL</b>							

### Dra. Niria Goñi Ávila

VALIDACIÓN DE ÍTEMS EN INVESTIGACIÓN SOBRE "RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS RESPECTO AL SERVICIO AMBULATORIO DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ"

Constructo	Dimensiones	Nro.	Ítems	V de Aiken				Observaciones			
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia				
CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD		1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	4	4	4	4	1 y 2 es lo mismo, poner uno de ellos. Los adjetivos son sinónimos.			
		2	El trato recibido por los médicos es cortés y atento	0	0	0	0				
		3	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problema de salud	3	3	3	3		Checkear, parecería más calidad técnica		
		4	El médico me inspira confianza, seguridad	4	4	4	4				
		5	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	4	4	4	4				
		6	El médico me brinda un excelente servicio	4	4	4	4				
		7	El médico está atento a todo lo que yo necesito sobre mi estado de salud y recuperación	4	4	4	4				
		8	La apariencia del médico es impecable, limpio	4	4	4	4				
		10	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	4	4	4	4				
		19	Creo que la información médica brindada es confiable	4	4	4	4				
		9	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	4	4	4	4				
		11	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.	2	2	2	2		Realizar los servicios de manera correcta a la primera. (debería ir en Seguridad)		
		17	Proporciona su servicio en el momento en que prometen u ofrecen hacerlo	4	4	4	4				
		18	Cuando prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen	4	4	4	4				
		20	El médico me hizo sentir cómodo	4	4	4	4				
		21	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.	4	4	4	4				
		CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA		13	El personal asistencial me atiende de manera rápida	4	4		4	4	
				14	La consulta médica fue rápida	4	4		4	4	
				15	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	4	4		4	4	
				16	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	4	4		4	4	
				41	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	4	4		4	4	
58	Es fácil reservar las citas en esta clínica			4	4	4	4				
59	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito			4	4	4	4				
64	La clínica tiene un sistema de atención organizado			4	4	4	4				
22	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.			3	3	3	3	No claro (parece un ítem de seguridad)			
23	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.			4	4	4	4				
CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD		33	El personal nunca estuvo muy ocupado para atender mis requerimientos	4	4	4	4				
		25	El personal siempre estuvo dispuesto a proporcionar el servicio	4	4	4	4				
		37	El personal siempre estuvo listo para proporcionar el servicio	4	4	4	4				
		47	El trato del personal administrativo es amable	4	4	4	4				
		48	Tengo la impresión que el personal administrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)	4	4	4	4	Va en fiabilidad o en empatía.			
		50	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	4	3	3	4	Cuál de los adjetivos evaluar?? Horizontal o personalizado? No son sinónimos			
		38	Me siento seguro en mis visitas aquí	4	4	4	4				
CALIDAD DE SERVICIO		39	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	4	4	4	4				
		42	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	4	4	4	4				
		52	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	4	4	4	4				
		53	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	4	4	4	4				
		55	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	4	4	4	4				
		56	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	4	4	4	4				
		57	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	4	4	4	4				
		49	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	4	4	4	4				
		51	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial	4	4	4	4				
		60	Parece que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.	4	4	4	4				
CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES		63	El personal asistencial realmente se preocupa por mí.	3	2	2	3				
		64	El personal entendió mis necesidades específicas.	4	2	2	4				
		65	El personal me brindó una especial atención	4	4	4	4				
		24	La clínica posee equipos con la última tecnología	4	4	4	4				
		25	La clínica posee instalaciones modernas	4	4	4	4				
		26	La clínica posee baños de apariencia moderna	4	4	4	4				
		27	La infraestructura de la clínica es agradable	4	4	4	4				
		28	La clínica posee buena decoración	4	4	4	4				
		29	Las instalaciones de la clínica parecen seguras	4	4	4	4				
		30	La clínica posee buena iluminación	4	4	4	4				
		31	Los ambientes de la clínica son limpios	4	4	4	4				
		32	Los baños de la clínica son limpios	4	4	4	4				
		34	Las instalaciones de la clínica son cómodas	4	4	4	4				
		36	La clínica cuenta con áreas climatizadas	4	4	4	4				
40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	4	4	4	4						
66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.)	4	4	4	4						
67	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	4	4	4	4						

CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	4	4	4	4
	44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	4	4	4	4
	45	El estacionamiento es un lugar seguro	4	4	4	4
	46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	4	4	4	4
CALIDAD TÉCNICA	12	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	4	4	4	4
	54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	4	4	4	4
	62	La clínica posee médicos altamente calificados	4	4	4	4
	69	El diagnóstico que recibo es preciso	4	4	4	4
IMAGEN	70	El tratamiento que recibo me cura a la primera	4	4	4	4
	68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	4	4	4	4
	71	Reputación con la que cuenta la clínica.	4	4	4	4
	72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	4	4	4	4
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio ambulatorio que recibió en la clínica?	4	4	4	4
	74	¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	4	4	4	4
	75	¿Qué tan cerca están los servicios ambulatorios ofrecidos por esta clínica a su ideal de servicios de salud?	4	4	4	4
LEALTAD	76	Daré cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4
	77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4
CALIDAD EN GENERAL	78	De necesitarlo, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	4	4	4	4
	79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	4	4	4	4

*Nino Casajita*



	40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	3	3	3	3
	66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).	4	4	4	4
	67	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.).	4	4	4	4
CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	4	4	4	4
	44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	4	4	4	4
	45	El estacionamiento es un lugar seguro	2	2	2	2
	46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	4	4	4	4
CALIDAD TÉCNICA	12	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	2	2	2	2
	54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	4	4	4	4
	62	La clínica posee médicos altamente calificados	4	4	4	4
	69	El diagnóstico que recibo es preciso	4	4	4	4
	70	El tratamiento que recibo me cura a la primera	4	4	4	4
IMAGEN	68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	4	4	4	4
	71	Reputación con la que cuenta la clínica.	2	2	4	4
	72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	4	2	4	4
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio ambulatorio que recibió en la clínica?	2	2	2	2
	74	¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	4	4	4	4
	75	¿Qué tan cerca están los servicios ambulatorios ofrecidos por esta clínica a su ideal de servicios de salud?	4	4	4	4
LEALTAD	76	Diré cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4
	77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4
CALIDAD EN GENERAL	78	De necesitarlo, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	4	4	4	4
	79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	4	4	4	4

Mg. Carlos Soto Linares

VALIDACIÓN DE ÍTEMS EN INVESTIGACIÓN SOBRE "RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA CONSULTA EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ"

Constructo	Dimensiones	Nro.	Items	V de Aiken				Observaciones
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	
CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD		1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	4	4	4	4	
		2	El trato recibido por los médicos es cortés y atento	2	3	3	1	
		3	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problemas de salud	4	4	4	4	
		4	El médico me inspira confianza, seguridad	4	4	4	4	
		5	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	4	4	4	4	
		6	El médico me brinda un excelente servicio	4	3	4	4	
		7	El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación	4	4	4	4	
		8	La apariencia del médico es impecable, limpio	4	4	4	4	
		10	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	4	4	4	4	
		19	Creo que la información médica brindada es confiable	4	4	4	4	
CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA		9	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	4	4	4	4	
		11	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.	4	4	4	4	
		17	Proporciona su servicio en el momento en que prometen u ofrecen hacerlo	4	4	4	4	
		18	Cuando prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen	4	4	4	4	
		20	El médico me hizo sentir cómodo	4	4	4	4	
		21	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento	4	4	4	4	
		13	El personal asistencial me atiende de manera rápida	4	4	4	4	
		14	La consulta médica fue rápida	4	4	4	4	
		15	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	4	4	4	4	
		16	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	4	4	4	4	
CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD		41	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	4	4	4	4	
		58	Es fácil reservar las citas en esta clínica	4	4	4	4	
		59	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito	4	4	4	4	
		61	La clínica tiene un sistema de atención organizado	4	4	4	4	
		22	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.	4	4	4	4	
		23	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.	4	4	4	4	
		33	El personal nunca estuvo muy ocupado para atender mis requerimientos	4	4	3	4	
		35	El personal siempre estuvo dispuesto a proporcionar el servicio	4	4	4	4	
		37	El personal siempre estuvo listo para proporcionar el servicio	4	4	4	4	
		47	El trato del personal administrativo es amable	4	4	4	4	
CALIDAD DE SERVICIO		48	Tengo la impresión que el personal administrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)	2	2	2	3	
		30	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	4	4	4	4	
		38	Me siento seguro en mis visitas aquí	4	4	4	4	
		39	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	4	4	4	4	
		42	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	4	4	4	4	
		52	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	4	4	4	4	
		53	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	4	4	4	4	
		55	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	4	4	4	4	
		56	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	4	4	4	4	
		57	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	4	4	4	4	
CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES		49	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	4	4	4	4	
		51	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial	4	4	4	4	
		60	Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.	4	4	4	4	
		63	El personal asistencial realmente se preocupa por mí.	4	4	4	4	
		64	El personal entendió mis necesidades específicas	4	4	4	4	
		65	El personal me brindó una especial atención	4	4	4	4	
		24	La clínica posee equipos con la última tecnología	3	4	4	4	
		25	La clínica posee instalaciones modernas	4	4	4	4	
		26	La clínica posee baños de apariencia moderna	4	4	4	4	
		27	La infraestructura de la clínica es agradable	4	4	4	4	
28	La clínica posee buena decoración	4	4	4	4			
29	Las instalaciones de la clínica parecen seguras	4	4	4	4			
30	La clínica posee buena iluminación	4	4	4	4			
31	Los ambientes de la clínica son limpios	4	4	4	4			
32	Los baños de la clínica son limpios	4	4	4	4			
34	Las instalaciones de la clínica son cómodas	4	4	4	4			
36	La clínica cuenta con áreas climatizadas	4	4	4	4			
40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	4	4	4	4			
66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).	4	4	4	4			
67	Fue fácil utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	4	4	4	4			

CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO	43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	4	4	4	4	
	44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	4	4	4	4	
	45	El estacionamiento es un lugar seguro	4	4	4	4	
	46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	4	4	4	4	
CALIDAD TÉCNICA	12	El médico se comunicó conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciona con el tratamiento	4	4	4	4	
	54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	3	4	4	4	
	62	La clínica posee médicos altamente calificados	4	4	4	4	
	69	El diagnóstico que recibí es preciso	4	4	4	4	
IMAGEN	70	El tratamiento que recibí me curó a la primera	4	4	4	4	
	68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	4	4	4	4	
	71	Reputación con la que cuenta la clínica.	4	4	4	4	
	72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	4	4	4	4	
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio ambulatorio que recibió en la clínica?	4	4	4	4	
	74	¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	4	2	4	4	Cambiar por "... el servicio recibido en la consulta externa se ha quedado lejos ..."
	75	¿Qué tan cerca están los servicios ambulatorios ofrecidos por esta clínica a su ideal de servicios de salud?	4	4	4	4	
LEALTAD	76	Dire cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4	
	77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4	
CALIDAD EN GENERAL	78	De necesario, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	4	4	4	4	
	79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	4	4	4	4	

Mg. José Garay Uribe

VVALIDACIÓN DE ÍTEMS EN INVESTIGACIÓN SOBRE "RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE SERVICIO, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA CONSULTA EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ"

Construeto	Dimensiones	Nro.	Ítems	V de Aiken				Observaciones
				Suficiencia	Claridad	Coherencia	Relevancia	
CALIDAD FUNCIONAL: FIABILIDAD		1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos	4	4	4	4	
		2	El trato recibido por los médicos es cortés y atento	4	4	4	4	
		3	El médico muestra su compromiso conmigo para solucionar mi problema de salud	4	4	4	4	
		4	El médico me inspira confianza, seguridad	4	4	4	4	
		5	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él	4	4	4	4	
		6	El médico me brinda un excelente servicio	4	3	4	4	
		7	El médico está atento a resolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación	4	4	4	4	
		8	La apariencia del médico es impecable, limpio	4	4	4	4	
		10	Existe una buena comunicación entre el médico y yo	4	4	4	4	
		19	Creo que la información médica brindada es confiable	4	4	4	4	
		9	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	4	4	4	4	
		11	Realización de los servicios de manera correcta a la primera.	4	4	4	4	
		17	Proporciona su servicio en el momento en que necesito u ofrezco hacerlo	4	4	3	4	Prometer atención?
		18	Cuando prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen	4	4	2	4	Cuidado en nuestro medio donde el prestador asistencial puede estar en atención ambulatoria y también de retén
		20	El médico me hizo sentir cómodo	4	4	4	4	
		21	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento	4	4	4	4	
		13	El personal asistencial me atendió de manera rápida	4	4	2	3	Atención rápida - Poco tiempo de consulta?
		14	La consulta médica fue rápida	4	4	4	4	
		15	No espero mucho antes de ser atendido por el médico	4	4	4	4	
		16	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida	4	4	4	4	
		CALIDAD FUNCIONAL: CAPACIDAD DE RESPUESTA		41	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	4	4	4
58	Es fácil reservar las citas en esta clínica			4	4	4	4	
59	Encuentro amplio disponibilidad de hornos de atención en la especialidad que necesito			4	4	4	4	
61	La clínica tiene un sistema de atención organizado			4	4	4	4	
22	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.			4	4	4	4	
23	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.			4	4	4	4	
33	El personal nunca estuvo muy ocupado para atender mis requerimientos			4	2	3	4	Supiero "¿Atendome fue prioritario...?"
35	El personal siempre estuvo dispuesto a proporcionar el servicio			4	4	4	4	
37	El personal siempre estuvo listo para proporcionar el servicio			4	4	4	4	
47	El trato del personal administrativo es amable			4	4	4	4	
CALIDAD FUNCIONAL: SEGURIDAD		48	Tengo la impresión que el personal administrativo suele ser fijo (existe poca rotación del personal administrativo)	4	4	4	4	
		50	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	4	4	4	4	
		38	Me siento seguro en mis visitas aquí	4	4	4	4	
		39	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	4	4	4	4	
		42	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	4	4	4	4	
		52	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	4	4	4	4	
		53	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	4	4	4	4	
		55	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	4	4	4	4	
		56	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	4	4	4	4	
		57	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	4	4	4	4	
CALIDAD FUNCIONAL: EMPATIA		49	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	4	4	4	4	
		51	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial.	4	4	4	4	
		60	Parecía que el personal asistencial trajo de ayudarme en todo lo que podía.	4	4	4	4	
		63	El personal asistencial realmente se preocupa por mí.	4	4	4	4	
		64	El personal entendió mis necesidades específicas	4	4	4	4	
		65	El personal me brindó una especial atención	4	4	4	4	
		24	La clínica posee equipos con la última tecnología	3	4	3	4	¿cómo saberlo?
		25	La clínica posee instalaciones modernas	4	4	4	4	
		26	La clínica posee baños de apariencia moderna	4	4	4	4	
		27	La infraestructura de la clínica es agradable	4	4	4	4	
28	La clínica posee buena decoración	4	4	4	4			
29	Las instalaciones de la clínica parecen seguras	4	4	4	4			
CALIDAD FUNCIONAL: ELEMENTOS TANGIBLES		30	La clínica posee buena iluminación	4	4	4	4	
		31	Los ambientes de la clínica son limpios	4	4	4	4	
		32	Los baños de la clínica son limpios	4	4	4	4	
		34	Las instalaciones de la clínica son cómodas	4	4	4	4	
		36	La clínica cuenta con áreas climatizadas	4	4	4	4	
		40	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	4	4	4	4	
		66	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.)	4	4	4	4	
		67	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	4	4	4	4	
		43	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	4	4	4	4	
		44	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	4	4	4	4	
CALIDAD FUNCIONAL: ESTACIONAMIENTO		45	El estacionamiento es un lugar seguro	4	4	4	4	
		46	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	4	4	4	4	
		12	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver como evoluciono con el tratamiento	4	4	4	4	
		54	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificadas.	3	4	4	4	¿En qué lo noté?

CALIDAD TÉCNICA	62	La clínica posee médicos altamente calificados	4	4	4	4	
	69	El diagnóstico que recibo es preciso	4	4	4	4	
	70	El tratamiento que recibo me cura a la primera	4	4	2	4	Nunca hay certeza al 100%
IMAGEN	68	Seriedad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos.	4	4	4	4	
	71	Reputación con la que cuenta la clínica.	4	4	4	4	
	72	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	4	4	4	4	
SATISFACCIÓN DEL USUARIO	73	En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio ambulatorio que recibo en la clínica?	4	4	4	4	
	74	¿En qué medida este servicio ambulatorio se ha quedado corto o ha excedido sus expectativas?	4	4	4	4	
	75	¿Qué tan cerca están los servicios ambulatorios ofrecidos por esta clínica a su ideal de servicios de salud?	4	4	4	4	
LEALTAD	76	Daré cosas positivas acerca del tratamiento recibido en la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4	
	77	Recomendaré los servicios de la clínica a alguien que me pida mi opinión o consejo	4	4	4	4	
	78	De necesario, continuaré utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro	4	4	4	4	
CALIDAD EN GENERAL	79	En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la clínica?	4	4	4	4	

## Apéndice I: Cuestionario Utilizado en la Prueba Piloto

**ESTUDIO "CALIDAD, SATISFACCIÓN Y LEALTAD  
DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA CONSULTA  
EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ"  
AGOSTO 2018 [Prueba Piloto]**

Nro. CUEST: \_\_\_\_\_  
UBIGEO: \_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN:** Buenos días/tardes, mi nombre es ..... y me encuentro realizando una encuesta para conocer su opinión acerca de los servicios brindados por las clínicas. Dicha información será de gran importancia para evaluar la relación entre la calidad, la satisfacción y la lealtad de los usuarios de los servicios de salud. Su participación es voluntaria y anónima. La información brindada será manejada de manera confidencial y los resultados se trabajarán de manera global. Su participación contribuirá a la investigación científica en el Perú. ¡Muchas Gracias!

Día de la Semana						
L	M	M	J	V	S	D

Ciudad	
(01) Lima	(02) Otra:

FECHA	08	2018

### Módulo F – Filtro de Contacto

**F1. ¿Tiene usted 20 o más años de edad?**

(01) Sí

(02) No (**Agradecer y terminar**)

**F2. ¿Se ha atendido en el último mes en la consulta externa de las clínicas?**

(01) Sí

(02) No (**Agradecer y terminar**)

**F3. ¿En qué clínica se ha atendido? [Encuestador: Corroborar que se atiende en alguna clínica que figura en la lista, caso contrario Agradecer y Terminar]**

Estado de Clínicas			
Clinica MacSalud	(01)	Clinica Cayetano Heredia	(17)
Clinica San Pablo - sede Trujillo	(02)	Clinica San Gabriel	(18)
Clinica Metropolitana	(03)	Clinica Providencia	(19)
Clinica del Pacifico	(04)	Clinica Good Hope	(20)
Clinica Santa María del Sur	(05)	Clinica Padre Luis Tezza	(21)
Clinica Internacional - sede Lima	(06)	Clinica Internacional - sede San Borja	(22)
Clinica Javier Prado	(07)	Clinica Maison de Santé - sede Este	(23)
Clinica Maison de Santé - sede Lima	(08)	Clinica Jesús del Norte	(24)
Clinica Maison de Santé - sede Sur	(09)	Clinica San Pablo - sede Lima	(25)
Clinica Vesalio	(10)	Clinica Stella Maris	(26)
Clinica San Judas Tadeo	(11)	Clinica Montefiori	(27)
Clinica Centenario Peruano Japonesa	(12)	Clinica Ricardo Palma	(28)
Clinica San Miguel Arcángel	(13)	Clinica Sanna San Borja	(29)
Clinica San Juan Bautista	(14)	Clinica San Felipe	(30)
Clinica Sanna El Golf	(15)	Clinica Delgado	(31)
Clinica Angloamericana	(16)		

## SECCIÓN A: Calidad de Servicio (funcional, técnica e imagen)

1. A continuación se le presentan enunciados que describen distintas experiencias en la atención de las clínicas. Por favor, indique cómo considera usted cada una de los siguientes aspectos en la actualidad en la clínica a donde concurre. Le pido que conteste con sinceridad cada uno de los enunciados (respuesta única).

N°	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos.	1	2	3	4	5	
2	El médico muestra su compromiso para solucionar mi problema de salud.	1	2	3	4	5	
3	El médico me inspira confianza, seguridad.	1	2	3	4	5	
4	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él.	1	2	3	4	5	
5	El médico me brinda un excelente servicio	1	2	3	4	5	
6	El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación.	1	2	3	4	5	
7	La apariencia del médico es impecable, limpio.	1	2	3	4	5	
8	Existe una buena comunicación entre el médico y yo.	1	2	3	4	5	
9	Creo que la información médica brindada es confiable.	1	2	3	4	5	
10	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	1	2	3	4	5	
11	El médico realiza los servicios de manera correcta a la primera.	1	2	3	4	5	
12	El médico proporciona su servicio en el momento en que promete u ofrece hacerlo.	1	2	3	4	5	
13	Cuando los médicos prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen.	1	2	3	4	5	
14	El médico me hace sentir cómodo.	1	2	3	4	5	
15	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.	1	2	3	4	5	
16	El personal asistencial me atendió de manera rápida.	1	2	3	4	5	
17	La consulta médica fue rápida.	1	2	3	4	5	
18	No espero mucho antes de ser atendido por el médico.	1	2	3	4	5	
19	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida.	1	2	3	4	5	
20	No hay aglomeración de pacientes en ninguna de las áreas de la clínica	1	2	3	4	5	
21	Es fácil reservar las citas en esta clínica	1	2	3	4	5	
22	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito	1	2	3	4	5	
23	La clínica tiene un sistema de atención organizado	1	2	3	4	5	
24	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil	1	2	3	4	5	
25	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida	1	2	3	4	5	
26	El personal nunca esta muy ocupado para atender mis requerimientos	1	2	3	4	5	
27	El personal siempre esta dispuesto a proporcionar el servicio	1	2	3	4	5	
28	El personal siempre esta preparado para proporcionar el servicio	1	2	3	4	5	
29	El trato del personal administrativo es amable	1	2	3	4	5	
30	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo	1	2	3	4	5	

N°	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
31	Me siento seguro en mis visitas aquí	1	2	3	4	5	
32	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas	1	2	3	4	5	
33	El desenvolvimiento del personal me genera confianza	1	2	3	4	5	
34	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales	1	2	3	4	5	
35	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería	1	2	3	4	5	
36	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas	1	2	3	4	5	
37	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas	1	2	3	4	5	
38	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería	1	2	3	4	5	
39	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación	1	2	3	4	5	
40	Hubo una buena coordinación entre el personal asistencial	1	2	3	4	5	
41	Parecía que el personal asistencial trató de ayudarme en todo lo que podían.	1	2	3	4	5	
42	El personal asistencial realmente se preocupa por mí	1	2	3	4	5	
43	El personal entendió mis necesidades específicas	1	2	3	4	5	
44	El personal me brindó una especial atención	1	2	3	4	5	
45	La clínica posee equipos con la última tecnología	1	2	3	4	5	
46	La clínica posee instalaciones modernas	1	2	3	4	5	
47	La clínica posee baños de apariencia moderna	1	2	3	4	5	
48	La infraestructura de la clínica es agradable	1	2	3	4	5	
49	La clínica posee buena decoración	1	2	3	4	5	
50	Las instalaciones de la clínica parecen seguras	1	2	3	4	5	
51	La clínica posee buena iluminación	1	2	3	4	5	
52	Los ambientes de la clínica son limpios	1	2	3	4	5	
53	Los baños de la clínica son limpios	1	2	3	4	5	
54	Las instalaciones de la clínica son cómodas	1	2	3	4	5	
55	La clínica cuenta con áreas climatizadas	1	2	3	4	5	
56	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento	1	2	3	4	5	
57	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).	1	2	3	4	5	
58	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.)	1	2	3	4	5	
59	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto	1	2	3	4	5	
60	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento	1	2	3	4	5	
61	El estacionamiento es un lugar seguro	1	2	3	4	5	
62	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica	1	2	3	4	5	
63	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento	1	2	3	4	5	

N°	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
64	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados	1	2	3	4	5	
65	La clínica posee médicos altamente calificados	1	2	3	4	5	
66	El diagnóstico que recibo es preciso	1	2	3	4	5	
67	El tratamiento que recibo me cura a la primera	1	2	3	4	5	
68	Sinceridad, honestidad y ética seguida por la clínica al proveer los servicios médicos	1	2	3	4	5	
69	Reputación con la que cuenta la clínica	1	2	3	4	5	
70	Inversión de la clínica en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras	1	2	3	4	5	

### SECCIÓN B: Satisfacción, lealtad y calidad en general

1. En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio que recibió en la consulta externa de la clínica .....? (Mencionar clínica evaluada)? (Mencionar respuestas)

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

2. ¿En qué medida el servicio recibido en la consulta externa se ha quedado lejos o ha excedido sus expectativas? (Mencionar respuestas)

Muy lejos de mis expectativas	Lejos de mis expectativas	Ni superado ni lejos de mis expectativas	Superado mis expectativas	Superado por mucho mis expectativas
1	2	3	4	5

3. ¿Qué tan cerca está el servicio recibido en la consulta externa de esta clínica con su ideal de servicios de salud? (Mencionar respuestas)

Muy lejos del ideal	Lejos del ideal	Ni cerca ni lejos del ideal	Cerca del ideal	Muy cerca del ideal
1	2	3	4	5

4. ¿Qué tipo de comentarios hará acerca del tratamiento recibido a alguien que le solicite su opinión o consejo sobre la clínica ... (Mencionar clínica evaluada)?

Comentarios muy negativos	Comentarios negativos	Ni positivos ni negativos	Comentarios positivos	Comentarios muy positivos
1	2	3	4	5

5. ¿Qué tanto recomendaría los servicios de la clínica a alguien que le solicite su opinión o consejo?

Definitivamente no lo recomendaría	No lo recomendaría	Tal vez sí o tal vez no lo recomendaría	Sí lo recomendaría	Definitivamente sí lo recomendaría
1	2	3	4	5

6. De ser necesario, ¿continuará utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro?

Definitivamente no continuaré utilizando más los servicios	No continuaré utilizando más los servicios	Tal vez sí o tal vez no continuaré utilizando los servicios	Sí continuaré utilizando los servicios	Definitivamente sí continuaré utilizando los servicios
1	2	3	4	5

7. En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibida en la consulta externa de la clínica?

Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

Datos Generales				
Distrito:				
Entrevistó:	Supervisó:	Codificó:	Hora- Inicio:	Fin:
Digitó:	Tipo Supervisión.: Tele...1 Coln... 2 Parc... 3 Post... 4 Spot... 5 Rev... 6 Fil... 7			

1. **Género** (Encuestador: Por observación): (01) Masculino (02) Femenino

2. **¿Me puede por favor decir su edad?** EDAD EXACTA: \_\_\_\_\_

2a. **Encuestador:** Por favor registre la edad del encuestado en los siguientes rangos:

- (01) Entre 20 a 24 años (adulto joven)
- (02) Entre 25 a 54 años (adulto intermedio)
- (03) Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)
- (04) Más de 60 años (adulto mayor)

3. **¿Cuál es su estado civil?**

ESTADO CIVIL	Código
Soltero(a)	1
Casado (a)	2
Unión Libre / Conviven	3
Viudo (a)	4
Separado (a) / Divorciado (a)	5

4. **Nivel de Instrucción**

Nivel de Instrucción	Código
Primaria (completa)	1
Secundaria (completa)	2
Superior no universitaria (completa)	3
Superior universitaria (completa)	4
Posgrado (maestría o doctorado completo)	5

¡Muchas gracias por su colaboración!

## Apéndice J: Cuestionario Final

**ESTUDIO "CALIDAD, SATISFACCIÓN Y LEALTAD DE LOS USUARIOS RESPECTO A LA CONSULTA EXTERNA DE LAS CLÍNICAS EN EL PERÚ" SETIEMBRE - OCTUBRE 2018**

Nro. CUEST: \_\_\_\_\_  
 [Final] UBIGEO: \_\_\_\_\_

**PRESENTACIÓN:** Buenos días/tardes, mi nombre es ..... y me encuentro realizando una encuesta para conocer su opinión acerca de los servicios brindados por las clínicas. Dicha información será de gran importancia para evaluar la relación entre la calidad, la satisfacción y la lealtad de los usuarios de los servicios de salud. Su participación es voluntaria y anónima. La información brindada será manejada de manera confidencial y los resultados se trabajarán de manera global. Su participación contribuirá a la investigación científica en el Perú. ¡Muchas Gracias!

Día de la Semana					Ciudad		FECHA	2018
L	M	M	J	V	(01) Lima	(02) Otra:		

Rango de horario de ejecución del cuestionario	
Mañana: 08:00 – 11:00 hs.	
Mediodía: 11:00 – 14:00 hs.	
Tarde: 14:00 – 17:00 hs.	
Tarde-Noche: 17:00 – 20:00 hs.	

### Módulo F – Filtro de Contacto

F1. ¿Tiene usted 20 o más años de edad?

(01) Sí

(02) No (Agradecer y terminar)

F2. ¿Se ha atendido en el último mes en la consulta externa de las clínicas?

(01) Sí

(02) No (Agradecer y terminar)

F3. ¿En qué clínica se ha atendido? [Encuestador: Corroborar que se atiende en alguna clínica que figura en la lista, caso contrario Agradecer y Terminar]

Listado de Clínicas			
Clinica MacSalud	(01)	Clinica Cayetano Heredia	(17)
Clinica San Pablo - sede Trujillo	(02)	Clinica San Gabriel	(18)
Clinica Metropolitana	(03)	Clinica Providencia	(19)
Clinica del Pacifico	(04)	Clinica Good Hope	(20)
Clinica Santa María del Sur	(05)	Clinica Padre Luis Tezza	(21)
Clinica Internacional - sede Lima	(06)	Clinica Internacional - sede San Borja	(22)
Clinica Javier Prado	(07)	Clinica Maison de Santé - sede Este	(23)
Clinica Maison de Santé - sede Lima	(08)	Clinica Jesús del Norte	(24)
Clinica Maison de Santé - sede Sur	(09)	Clinica San Pablo - sede Lima	(25)
Clinica Vesalio	(10)	Clinica Stella Maris	(26)
Clinica San Judas Tadeo	(11)	Clinica Montefiori	(27)
Clinica Centenario Peruano Japonesa	(12)	Clinica Ricardo Palma	(28)
Clinica San Miguel Arcángel	(13)	Clinica Sanna San Borja	(29)
Clinica San Juan Bautista	(14)	Clinica San Felipe	(30)
Clinica Sanna El Golf	(15)	Clinica Delgado	(31)
Clinica Angloamericana	(16)		

## SECCIÓN A: Calidad de Servicio (funcional, técnica e imagen)

A1. A continuación se le presentan enunciados que describen distintas experiencias en la atención de las clínicas. Por favor, indique cómo considera usted cada uno de los siguientes aspectos en la actualidad en la clínica a donde concurre. Le pido que conteste con sinceridad cada uno de los enunciados (respuesta única).

N°	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
1	He recibido un trato amable y cordial por parte de los médicos.	1	2	3	4	5	
2	El médico muestra su compromiso para solucionar mi problema de salud.	1	2	3	4	5	
3	El médico me inspira confianza, seguridad.	1	2	3	4	5	
4	Cuando recibo la atención del médico, me siento importante para él.	1	2	3	4	5	
5	El médico me brinda un excelente servicio.	1	2	3	4	5	
6	El médico está atento a absolver cualquier duda que tengo sobre mi estado de salud y recuperación.	1	2	3	4	5	
7	La apariencia del médico es impecable, limpio.	1	2	3	4	5	
8	Existe una buena comunicación entre el médico y yo.	1	2	3	4	5	
9	Creo que la información médica brindada es confiable.	1	2	3	4	5	
10	El médico puso suficiente consideración a mis preocupaciones para decidir los procedimientos médicos.	1	2	3	4	5	
11	El médico realiza los servicios de manera correcta a la primera.	1	2	3	4	5	
12	El médico proporciona su servicio en el momento en que promete u ofrece hacerlo.	1	2	3	4	5	
13	Cuando los médicos prometen u ofrecen hacer algo en un tiempo determinado, lo cumplen.	1	2	3	4	5	
14	El médico me hace sentir cómodo.	1	2	3	4	5	
15	El médico me explicó adecuadamente mi condición, los resultados del examen y el proceso de tratamiento.	1	2	3	4	5	
16	El personal de salud me atendió de manera rápida.	1	2	3	4	5	
17	La consulta médica fue rápida.	1	2	3	4	5	
18	Espero poco antes de ser atendido por el médico.	1	2	3	4	5	
19	La atención en la parte administrativa (admisión, caja, etc.) es rápida.	1	2	3	4	5	
20	No hay aglomeración de pacientes en las diversas áreas de la clínica.	1	2	3	4	5	
21	Es fácil reservar las citas en esta clínica.	1	2	3	4	5	
22	Encuentro amplia disponibilidad de horarios de atención en la especialidad que necesito.	1	2	3	4	5	
23	La clínica tiene un sistema de atención organizado.	1	2	3	4	5	
24	El procedimiento para realizar el examen de laboratorio fue fácil.	1	2	3	4	5	
25	El examen de laboratorio fue realizado de manera rápida.	1	2	3	4	5	
26	El personal nunca está muy ocupado para atender mis requerimientos.	1	2	3	4	5	
27	El personal siempre está dispuesto a proporcionar el servicio.	1	2	3	4	5	
28	El personal siempre está preparado para proporcionar el servicio.	1	2	3	4	5	
29	El trato del personal administrativo es amable.	1	2	3	4	5	
30	Recibo un trato horizontal y personalizado por parte del personal administrativo.	1	2	3	4	5	

N°	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
31	Me siento seguro en mis visitas aquí.	1	2	3	4	5	
32	Los trabajadores tienen el conocimiento para responder mis preguntas.	1	2	3	4	5	
33	El desenvolvimiento del personal me genera confianza.	1	2	3	4	5	
34	Las enfermeras y auxiliares de enfermería son amables y cordiales.	1	2	3	4	5	
35	Recibo un trato digno (humano) por parte del personal de las enfermeras y auxiliar de enfermería.	1	2	3	4	5	
36	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen paciencia para explicarme las cosas.	1	2	3	4	5	
37	Las enfermeras y auxiliares de enfermería tienen especial consideración con las personas ancianas.	1	2	3	4	5	
38	Recibo el saludo de las enfermeras y auxiliares de enfermería.	1	2	3	4	5	
39	Las enfermeras me explicaron bien el proceso de medicación.	1	2	3	4	5	
40	Hubo una buena coordinación entre el personal de salud.	1	2	3	4	5	
41	Parecía que el personal de salud trató de ayudarme en todo lo que podían.	1	2	3	4	5	
42	El personal de salud realmente se preocupa por mí.	1	2	3	4	5	
43	El personal de salud entendió mis necesidades específicas.	1	2	3	4	5	
44	El personal de salud me brindó una especial atención.	1	2	3	4	5	
45	La clínica posee equipos con la última tecnología.	1	2	3	4	5	
46	La clínica posee instalaciones modernas.	1	2	3	4	5	
47	La clínica posee baños de apariencia moderna.	1	2	3	4	5	
48	La infraestructura de la clínica es agradable.	1	2	3	4	5	
49	La clínica posee buena decoración.	1	2	3	4	5	
50	Las instalaciones de la clínica parecen seguras.	1	2	3	4	5	
51	La clínica posee buena iluminación.	1	2	3	4	5	
52	Los ambientes de la clínica son limpios.	1	2	3	4	5	
53	Los baños de la clínica son limpios.	1	2	3	4	5	
54	Las instalaciones de la clínica son cómodas.	1	2	3	4	5	
55	La clínica cuenta con áreas climatizadas.	1	2	3	4	5	
56	Se nota que la clínica recibe un constante mantenimiento.	1	2	3	4	5	
57	Fue fácil encontrar los distintos ambientes (laboratorio, consultorio, etc.).	1	2	3	4	5	
58	Fue fácil de utilizar otros servicios de la clínica (cafetería, teléfono público, máquinas dispensadoras de alimentos y bebidas, etc.).	1	2	3	4	5	
59	La clínica cuenta siempre con parqueo donde estacionar el auto.	1	2	3	4	5	
60	El personal que brinda el servicio de valet parking es cortés y atento.	1	2	3	4	5	
61	El estacionamiento es un lugar seguro.	1	2	3	4	5	
62	El costo del estacionamiento es razonable o está incluido dentro del servicio brindado por la clínica.	1	2	3	4	5	
63	El médico se comunica conmigo días después de la consulta para ver cómo evoluciono con el tratamiento.	1	2	3	4	5	

N°	Enunciado	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No Aplica
64	Las enfermeras y auxiliares de enfermería con las que cuenta la clínica son calificados.	1	2	3	4	5	
65	La clínica posee médicos altamente calificados.	1	2	3	4	5	
66	El diagnóstico que recibo es preciso.	1	2	3	4	5	
67	El tratamiento que recibo me cura a la primera.	1	2	3	4	5	
68	Sinceridad, honestidad y ética son seguidas por la clínica al proveer los servicios médicos.	1	2	3	4	5	
69	Reputación con la que cuenta la clínica.	1	2	3	4	5	
70	La clínica invierte en nuevas tecnologías y prácticas innovadoras.	1	2	3	4	5	

### SECCIÓN B: Satisfacción, lealtad y calidad en general

71. En general, ¿qué tan satisfecho se encuentra con el servicio que recibió en la consulta externa de la clínica .... ? (Mencionar clínica evaluada)? (Mencionar respuestas)

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

72. ¿En qué medida el servicio recibido en la consulta externa se ha quedado lejos o ha excedido sus expectativas? (Mencionar respuestas)

Muy lejos de mis expectativas	Lejos de mis expectativas	Ni superado ni lejos de mis expectativas	Superado mis expectativas	Superado por mucho mis expectativas
1	2	3	4	5

73. ¿Qué tan cerca está el servicio recibido en la consulta externa de esta clínica con su ideal de servicios de salud? (Mencionar respuestas)

Muy lejos del ideal	Lejos del ideal	Ni cerca ni lejos del ideal	Cerca del ideal	Muy cerca del ideal
1	2	3	4	5

74. ¿Qué tipo de comentarios hará acerca del tratamiento recibido a alguien que le solicite su opinión o consejo sobre la clínica ... (Mencionar clínica evaluada)?

Comentarios muy negativos	Comentarios negativos	Ni positivos ni negativos	Comentarios positivos	Comentarios muy positivos
1	2	3	4	5

75. ¿Qué tanto recomendaría los servicios de la clínica a alguien que le solicite su opinión o consejo?

Definitivamente no lo recomendaría	No lo recomendaría	Tal vez sí o tal vez no lo recomendaría	Sí lo recomendaría	Definitivamente sí lo recomendaría
1	2	3	4	5

76. De ser necesario, ¿continuará utilizando los servicios brindados por la clínica en el futuro?

Definitivamente no continuaré utilizando más los servicios	No continuaré utilizando más los servicios	Tal vez sí o tal vez no continuaré utilizando los servicios	Sí continuaré utilizando los servicios	Definitivamente sí continuaré utilizando los servicios
1	2	3	4	5

77. En general, ¿cómo considera la calidad de servicio recibido en la consulta externa de la clínica?

Muy malo	Malo	Ni bueno ni malo	Buena	Muy bueno
1	2	3	4	5

Datos Generales						
Distrito:						
Entrevistó:	Supervisó:	Codificó:	Hora- Inicio:	Fin:		
Digitó:	Tipo Supervisión: Tele...1 Coin... 2 Parc... 3 Post... 4 Spot... 5 Rev... 6 Fil... 7					

1. **Género** (Encuestador: Por observación): (01) Masculino (02) Femenino

2. **¿Me puede por favor declr su edad?** EDAD EXACTA: \_\_\_\_\_

2a. **Encuestador:** Por favor registre la edad del encuestado en los siguientes rangos:

- (01) Entre 20 a 24 años (adulto joven)
- (02) Entre 25 a 54 años (adulto intermedia)
- (03) Entre 55 a 59 años (adulto pre-mayor)
- (04) Más de 60 años (adulto mayor)

3. **¿Cuál es su estado civil?**

ESTADO CIVIL	Código
Soltero(a)	1
Casado(a)	2
Unión Libre / Conviven	3
Viudo(a)	4
Separado(a) / Divorciado(a)	5

4. **Nivel de Instrucción**

Nivel de Instrucción	Código
Primaria (completa)	1
Secundaria (completa)	2
Superior no universitaria (completa)	3
Superior universitaria (completa)	4
Posgrado (maestría o doctorado completo)	5

¡Muchas gracias por su colaboración!