

Satisfacción, Confianza, Compromiso y Lealtad hacia el médico en Colombia: Validación de escalas de medida

Resumen

En estudios previos se ha postulado que la calidad de la relación, compuesta por la satisfacción, la confianza y el compromiso, son los principales determinantes de la lealtad del cliente. Aunque el sector salud es altamente competido y se evidencie cada vez más la necesidad de obtener buenas recomendaciones por parte de los pacientes, pocos estudios se han centrado en analizar la relación entre médicos y pacientes desde el punto de vista del marketing. Específicamente en Latinoamérica se carece de estudios empíricos que analicen el tema.

Este trabajo presenta la validación de las escalas de medida utilizadas en un estudio sobre la lealtad de los pacientes hacia los médicos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en salud, realizado en Colombia en 2015. A partir de la revisión de la literatura se construyó un instrumento de medida estructurado, adaptando escalas utilizadas en estudios previos para el caso de interés. El instrumento fue aplicado a una muestra de 720 pacientes, a través de un cuestionario *online* durante los meses de agosto y septiembre de 2015. Para la validación del instrumento se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio, verificando la validez convergente, la validez discriminante y la fiabilidad.

El estudio contribuye a la comprensión de los factores que influyen en la lealtad y posibilita la realización posterior de análisis de relaciones entre los conceptos de estudio. Así se aporta evidencia empírica para validar hallazgos de estudios previos realizados en otros contextos.

Palabras clave

Lealtad, Calidad de la relación, Escalas de medida

Introducción

En Colombia, se ha evidenciado un incremento significativo en los afiliados a salud, logrando en el trimestre agosto-octubre de 2014 una cobertura superior al 91 %, mientras que en el 2007 este porcentaje era del 85 % (ANDI, 2014). Esto ha llevado a que el sector salud se convierta en un área con mayor rivalidad competitiva debido a la maduración del mercado, en el cual, de forma continua, el paciente tiene cada vez mayores oportunidades para elegir su entidad prestadora de servicios de salud. Buscar atraer a nuevos pacientes (clientes), al tiempo que se mantienen los actuales, se ha convertido en un objetivo central para la prestación de servicios en salud (Barra, Torres y Vásquez-Parraga, 2011), y se convierte en un aspecto clave para la toma de decisiones estratégicas orientadas a desarrollo de los servicios de esta área (Fisk, Brown, Cannizzaro y Naftal, 1990).

Así pues, el incremento de la competencia en el sector conduce a que la lealtad del paciente hacia el médico se convierta en un factor relevante para las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB). Sin embargo, la ausencia de evidencia empírica en Latinoamérica acrecienta la necesidad de realizar estudios de marketing en el sector salud, que sirvan como insumo a las EAPB para lograr estrategias que permitan fidelizar a sus afiliados, logrando así el impulso del negocio, el incremento de los ingresos, la mejora de la reputación, la obtención de información valiosa sobre el comportamiento de los clientes, entre otros aspectos claves, para así lograr una ventaja frente a sus competidores.

Revisión de literatura

Lealtad

La lealtad, se define como “un compromiso profundo y sostenido de repetir la compra o volver a frecuentar un producto o servicio preferido, consistentemente en el futuro, causando una compra repetida de la misma marca o de un set de marcas, a pesar de existir influencias

situacionales y esfuerzos de marketing que hicieren posible un comportamiento de cambio” (Oliver, 1999, p. 392), y además es considerada como una intención (Fisk *et al.*, 1990). Se entiende como un cliente leal, aquel que compra regularmente, refiere a otros y demuestra indiferencia hacia aspectos atractivos de la competencia (Churchill y Halpern, 2001).

En diversas industrias y sectores, los clientes leales se convierten en una ventaja competitiva para cualquier organización (Boshoff y Gray, 2004). Por su parte, en lo relacionado con la atención en salud, la lealtad de los pacientes, representa importantes beneficios y su incremento hacia el médico previene el uso de malas prácticas en la adquisición de nuevos pacientes (MacStravic, 1994); disminuye las quejas y reclamaciones (Czepiel y Gilmore, 1987); limita la necesidad de competencia entre médicos, teniendo en cuenta el precio como aspecto principal (Webster, 1988); y fundamentalmente, mejora la calidad de los diagnósticos y la atención médica (MacStravic, 1994), influenciando la percepción de la calidad del tratamiento brindado por el médico (Chahal y Kumari, 2012). Los pacientes leales, generan mayores ingresos para las empresas prestadoras de servicios en salud y siguen las instrucciones que les indican sus médicos (Montaglione, 1999).

Satisfacción, confianza y compromiso

En diferentes estudios, se han señalado a la satisfacción, la confianza y el compromiso como importantes antecedentes de la lealtad. La satisfacción, entendida como el nivel de cumplimiento placentero de la relación de consumo (Oliver, 1997), permite que se genere una mayor confianza hacia el proveedor de servicios (Selnes, 1998; Roman, Acuña y Señoret, 2006), y también que se dé un incremento en su lealtad (Forgas, Moliner, Sánchez y Palau, 2011). Por otra parte, la confianza es definida como la creencia en la honestidad e integridad de la empresa (Morgan y Hunt, 1994) y también se ha evidenciado su impacto positivo en la lealtad (Forgas *et al.*, 2011). Por último, el compromiso, es la creencia de que la importancia

de la relación con otro es tan significativa como para garantizar el máximo esfuerzo para mantenerla (Peppers y Rogers, 2004). Este concepto ha sido reportado como uno de los más importantes en la determinación de la lealtad (Crosby y Taylor, 1983). Adicionalmente, otros estudios empíricos demuestran la relación positiva existente entre la satisfacción y el compromiso (Levesque y McDougall, 2000; McCollough, Berry y Yadav, 2000; Singh y Sirdeshmukh, 2000; Andreassen, 2001; Buttle y Burton, 2002; Wirtz y Mattila, 2004).

Con relación a los servicios de salud, específicamente en la relación médico-paciente, tanto la satisfacción como la confianza están relacionadas con la intención del paciente por consultar el mismo médico (Spake y Bishop, 2009). Estudios previos en el sector, han encontrado una relación positiva entre la satisfacción y la confianza (Anderson y Dedrick, 1990; Leisen y Hyman, 2004). La confianza, en el contexto de las atenciones profesionales en salud, es considerada como un componente clave en la relación entre médicos y pacientes (Mechanic y Schlesinger, 1996; Thom y Campbell, 1997). Los pacientes describen la confianza como un reflejo del compromiso con la relación en curso con sus respectivos médicos (Thom, Hall y Pawlson, 2004). La relación directa entre confianza y compromiso en el contexto médico-paciente ha sido comprobada en otros países (Crutchfield y Morgan, 2010) y se propone que la confianza en los médicos está fuertemente relacionada con el compromiso del paciente (Berry *et al.*, 2008). Estudios de marketing en salud, han identificado la importancia del compromiso en el fortalecimiento de la relación médico-paciente (Ouschan, Sweeney y Johnson, 2006) y han probado la influencia del compromiso del paciente sobre la lealtad hacia un proveedor de servicios médicos (Kim, Kim, Kim, Kim y Kang, 2008; Suki, 2011).

Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es validar las escalas de medida empleadas en el estudio empírico, a través de un Análisis Factorial Confirmatorio, con el fin de poder realizar

posteriormente la contrastación del modelo teórico propuesto a partir de la revisión de la literatura (Ver Figura 1)

P₁: La satisfacción influye positivamente en la confianza del paciente hacia su médico.

P₂: La satisfacción influye positivamente en el compromiso del paciente con su médico.

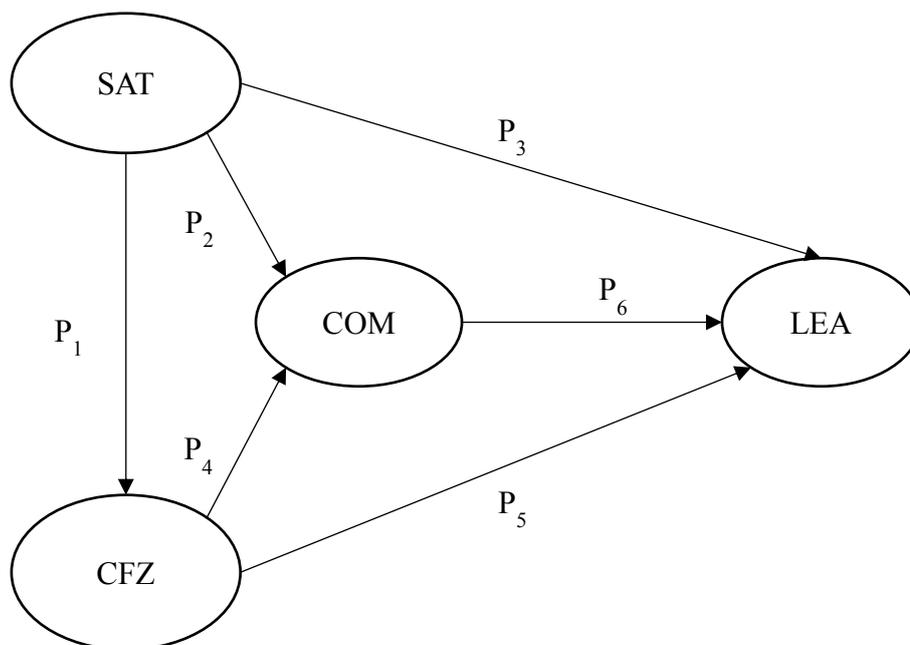
P₃: La satisfacción influye positivamente en la lealtad del paciente con su médico.

P₄: La confianza influye positivamente en el compromiso del paciente con su médico.

P₅: La confianza influye positivamente en la lealtad del paciente hacia su médico.

P₆: El compromiso influye positivamente en la lealtad del paciente hacia su médico.

Figura 1. Modelo teórico propuesto



Fuente: Elaboración propia.

Metodología

La investigación se realizó en dos fases, la primera exploratoria que abarcó la construcción del marco teórico a partir de la revisión bibliográfica de los constructos y su relación con el sector de interés; y la segunda descriptiva donde se aplicaron instrumentos estructurados.

La recolección de la información se realizó a través de encuesta *online* durante los meses de agosto y septiembre de 2015 y se obtuvo una muestra de 720 individuos afiliados a una EAPB.

La composición de la muestra obtenida se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Composición de la muestra

Variable		Muestra (n=720)	
		Frecuencia	Porcentaje
Género	Femenino	411	57,08 %
	Masculino	309	42,92 %
Edad	Menos de 24 años	8	1,11%
	Entre 25 y 34 años	186	25,83%
	Entre 35 y 44 años	211	29,31%
	Entre 45 y 54 años	184	25,56%
	Entre 55 y 65 años	99	13,75%
	Más de 65 años	40	5,56%
Nivel de estudios	Primaria	3	0,42 %
	Secundaria	36	5 %
	Universitaria	363	50,42 %
	Posgrado	318	44,16 %
EAPB	Salud SURA	239	33,19 %
	Comeva	131	18,19 %
	Sanitas	61	8,47 %
	Nueva EPS	37	5,13 %
Años de afiliación a EAPB	Menos de 5 años	133	18,47%
	Entre 6 y 10 años	174	24,17%
	Entre 11 y 15 años	195	27,08%
	Entre 16 y 20 años	135	18,75%
	Más de 21 años	83	11,53%

Fuente: Elaboración propia.

La distribución por género y edad es similar a la de la población colombiana, siendo el 57,08% fueron mujeres y el restante 42,92% hombres y la mayor cantidad de la muestra (80,69%) se ubica en el rango de edades entre los 25 y los 54 años. El 65% de los encuestados se concentra

en cuatro EAPB, encabezado por los de EPS Sura con el 33,19%, seguido de Coomeva EPS con el 18,19%, Sanitas EPS con el 8,47% y Nueva EPS cerrando el grupo con el 5,13%.

La construcción del cuestionario se hizo a partir de escalas propuestas por estudios previos. Las escalas fueron de tipo *Likert* de cinco posiciones donde 1 es “Totalmente en desacuerdo”, 2 “En desacuerdo”, 3 “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4 “De acuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. En la Tabla 2 se presentan las escalas de medida utilizadas y la fuente de las mismas. En este estudio las escalas fueron adaptadas al sector salud y al contexto geográfico, garantizando la comprensión de los individuos encuestados con la realización de una prueba piloto.

Tabla 2. Escalas de medida utilizadas en el estudio

Constructo	Cód	Ítem	Fuente
Satisfacción	SAT1	El médico cumple sus expectativas	Bloemer y Odekerken-Schroder (2002), De Wulf, Odekerken-Schröder y Iacobucci (2001)
	SAT2	Está realmente satisfecho(a) con su médico	
	SAT3	En general, está satisfecho(a) con el servicio que recibe de su médico	
	SAT4	Se encuentra satisfecho(a) con la relación que tiene con su médico	
	SAT5	Está contento(a) con los esfuerzos que su médico está haciendo por pacientes como usted	
	SAT6	Tiene fe en su médico	
Confianza	CFZ1	Su médico le da la impresión de que es confiable	Morgan y Hunt (1994), De Wulf <i>et al.</i> (2001), Omar, Wel, Musa y Nazri (2010) y Evanschitzky, Eisend, Calantone y Jiang (2012)
	CFZ2	Su médico le genera un sentimiento de confianza	
	CFZ3	Su médico quiere lo mejor para usted	
	CFZ4	Su médico le da la impresión de que puede contar con él	
	CFZ5	Su médico tiene una alta integralidad	

Constructo	Cód	Ítem	Fuente
Compromiso	COM1	Usted se siente comprometido(a) con su médico	Morgan y Hunt (1994), Garbarino y Johnson (1999), De Wulf <i>et al.</i> (2001), Omar <i>et al.</i> (2010) y Evanschitzky <i>et al.</i> (2012)
	COM2	Está dispuesto(a) a hacer un esfuerzo adicional para continuar siendo atendido por su médico	
	COM3	Tiene la intención de mantener una relación de largo plazo con su médico	
	COM4	Aunque fuera más difícil llegar a su médico continuaría consultando con él	
Lealtad	LEA1	Recomienda su médico a cualquiera que le pida consejo	Zeithaml, Berry y Parasuraman (1996), Yi y Jeon (2003) y Evanschitzky <i>et al.</i> (2012)
	LEA2	Hace comentarios positivos acerca de su médico	
	LEA3	Intenta consultar cada vez más a su médico	
	LEA4	Seguirá consultando a su médico en los próximos años	
	LEA5	Cuando necesita un médico, el médico general de su EAPB es su primera opción	
	LEA6	Anima a amigos y familiares a que consulten con su médico	
	LEA7	Recomendaría su médico a otras personas	
	LEA8	Usted NO anima a sus amigos a consultar con su médico	

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

La validación de las escalas de medida se realizó a través de un análisis factorial confirmatorio, utilizando los paquetes SPSS v19 y EQS 6.2 para Windows, y empleando el método de máxima verosimilitud robusta, por su mejor ajuste en muestras con anormalidad en los datos obtenidos (Jöreskog y Sörbom, 1990).

Para la validez convergente, se comprobó que todos los ítems contaran con Cargas Factoriales Estandarizadas (CFE) superiores a 0,6 (Bagozzi y Yi, 1988). De igual manera se revisó el test de los multiplicadores de Lagrange, el cual no sugirió relaciones significativas sobre un factor diferente al que se buscaba representar (Larry, 1994). Se realizó la depuración el modelo de los ítems que no cumplieron con las condiciones definidas anteriormente de CFE y Lagrange (SAT6, CFZ5, LEA5) mostrando el modelo depurado (Ver Tabla 3) con todas las cargas factoriales significativas (valor $t > 2,576$ para un valor $p < 0,01$) y superiores a 0,6, obteniendo un buen ajuste del modelo (S-B Chi Square=476,5843, $df= 142$, $p < 0,001$; BBNFI = 0,97; BBNNFI = 0,974; CFI = 0,979; IFI = 0,979; RMSEA = 0,058).

Tabla 3. Análisis de validez convergente

Constructo	Ítem	Cargas Factoriales Estandarizadas (CFE)	Promedio Cargas Factoriales Estandarizadas	Valor t robusta
Satisfacción - SAT	SAT1	0,914	0,9152	39,192
	SAT2	0,945		43,119
	SAT3	0,926		41,43
	SAT4	0,9		37,772
	SAT5	0,891		37,772
Confianza - CFZ	CFZ1	0,923	0,91275	40,087
	CFZ2	0,947		44,621
	CFZ3	0,88		34,95
	CFZ4	0,901		37,724
Compromiso - COM	COM1	0,839	0,88125	30,51
	COM2	0,898		38,589
	COM3	0,904		39,25
	COM4	0,884		35,614
Lealtad - LEA	LEA1	0,932	0,9015	41,165
	LEA2	0,926		39,8
	LEA3	0,837		26,811
	LEA4	0,899		37,659
	LEA6	0,886		33,978
	LEA7	0,929		42,451
S-B Chi Square=476,5843, $df= 142$, $p < 0,001$; BBNFI = 0,97; BBNNFI = 0,974; CFI = 0,979; IFI = 0,979; RMSEA = 0,058				

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 4 recoge los resultados del análisis de validez discriminante, en el cual se busca garantizar que las escalas no están midiendo un constructo diferente.

Tabla 4. Análisis de la validez discriminante

	SAT	CFZ	COM	LEA
SAT	0,915	0,914	0,822	0,885
CFZ	(0,898;0,93)	0,913	0,840	0,887
COM	(0,795;0,849)	(0,815;0,865)	0,882	0,903
LEA	(0,865;0,905)	(0,867;0,907)	(0,885;0,921)	0,902

Debajo de la diagonal: intervalo de confianza para la correlación entre factores. Diagonal: raíz cuadrada de la varianza extraída. Sobre la diagonal: correlación estimada entre los factores.

Fuente: Elaboración propia.

Numerosos autores sugieren el empleo del Índice de Varianza Extraída (IVE) para valorar la validez discriminante (Fornell y Larcker, 1981; Byrne, 1994). El IVE y el cuadrado de las covarianzas se cumplieron para la mayoría de las situaciones, a excepción de los casos entre la Satisfacción con la Confianza y el Compromiso con la Lealtad. Para este caso se comprobó la validez discriminante realizando la prueba de diferencias de la Chi-Cuadrado entre el modelo inicial planteado y un modelo en el que se suponían los factores bajo sospecha como uno mismo (Anderson y Gerbing, 1988). La prueba permitió concluir que el modelo inicial era significativamente mejor, ya que la diferencia de las Chi-cuadrado corregida para Satorra-Bentler es significativamente mayor que el valor crítico de la distribución ($p < 0,001$). Con esto se confirma la validez discriminante del modelo de medida propuesto.

Por último, los resultados presentados en la Tabla 5 permiten concluir que las escalas de medida presentan una correcta fiabilidad, ya que se cumplen los criterios exigidos: promedio de las Cargas Factoriales Estandarizadas (CFE) superiores a 0,6 (Bagozzi y Yi, 1988); *Alpha de Cronbach*, superior a 0,7 (Churchill Jr, 1979); Índice de Fiabilidad Compuesta (IFC) superior

a 0,7; e Índice de la Varianza Extraída (IVE) superior a 0,5 (Nunnally y Bernstein, 1991; Vila, Küster y Aldás, 2000; Bagozzi y Yi, 2012).

Tabla 5. Análisis de fiabilidad de las escalas de medida

Constructos	Promedio de las CFE	Alpha de Cronbach	IFC	IVE
Satisfacción (SAT)	0,915	0,965	0,963	0,838
Confianza (CFZ)	0,913	0,954	0,952	0,834
Compromiso (COM)	0,881	0,932	0,933	0,777
Lealtad (LEA)	0,902	0,880	0,963	0,814

Fuente: Elaboración propia.

Discusión y conclusiones

El presente aporta la validación de las escalas de medida para la satisfacción, la confianza, el compromiso y la lealtad en el sector salud en Colombia. A partir de este estudio se puede realizar el análisis de las relaciones propuestas entre los constructos, llevando a cabo un análisis de ecuaciones estructurales que permita determinar si el impacto de los conceptos de la calidad de la relación son significativos en la relación médico paciente, así como comprobando las relaciones entre estos conceptos.

Adicionalmente, el estudio sirve como base para la generación de otras investigaciones que analicen a mayor profundidad el caso de cada EAPB, con el fin de determinar qué estrategias de marketing podrían ser más pertinentes para gestionar las relaciones con los afiliados en cada uno de los casos. De igual manera, estos estudios podrían brindar elementos claves que permitan a los entes gubernamentales realizar una regularización apropiada del sector y un adecuado control de la competencia.

Algunas limitaciones del estudio son la heterogeneidad de los planes de beneficio disponibles en el país, (régimen subsidiado, contributivo y de excepción) ya que cada uno, y aun dentro

de ellos (afiliado, beneficiario) presentan diferencias sustanciales que influyen en las respuestas de los pacientes (por ejemplo la existencia de cuotas moderadora, copagos y acceso a los servicios de salud).

Finalmente, el ámbito geográfico del estudio y su naturaleza de corte transversal, limitan la generalización de los resultados, por lo cual futuras investigaciones podrían analizar otros países y considerar los planes de beneficios existentes en cada uno de ellos. Futuras investigaciones podrían profundizar en el estudio de la percepción de calidad de los servicios por parte de los pacientes y en la medición del impacto de la lealtad en el desempeño de las EAPB.

Referencias bibliográficas

- Anderson, J. C. y Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological bulletin*, 103(3), 411.
- Anderson, L. A. y Dedrick, R. F. (1990). Development of the trust in physician scale: A measure to assess interpersonal trust inpatient-physician relationships. *Psychological reports*, 67(3f), 1091-1100.
- ANDI. (2014). *Colombia: Balance 2014 y perspectivas 2015*. Bogotá.
- Andreassen, T. W. (2001). From disgust to delight Do customers hold a grudge? *Journal of service research*, 4(1), 39-49.
- Bagozzi, R. P. y Yi, Y. (1988). On the evaluation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 16(1), 74-94.
- Bagozzi, R. P. y Yi, Y. (2012). Specification, evaluation, and interpretation of structural equation models. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(1), 8-34.
- Barra, C., Torres, E. y Vásquez-Parraga, A. Z. (2011). Formación y antecedentes de la lealtad del paciente en el contexto de los servicios médicos privados. *Estudios de Administración*, 18(2), 49-78.
- Berry, L., Parish, J. T., Janakiraman, R., Ogburn-Russell, L., Couchman, G., Rayburn, W. et al. (2008). Patients' Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 6-13.

- Bloemer, J. y Odekerken-Schroder, G. (2002). Store satisfaction and store loyalty explained by customer-and store-related factors. *Journal of Consumer Satisfaction Dissatisfaction and Complaining Behavior*, 15, 68-80.
- Boshoff, C. y Gray, B. (2004). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management*, 35(4), 27-35.
- Buttle, F. y Burton, J. (2002). Does service failure influence customer loyalty? *Journal of Consumer Behaviour*, 1(3), 217-227.
- Byrne, B. M. (1994). *Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: Basic concepts, applications, and programming*: Sage.
- Crosby, L. y Taylor, J. (1983). Psychological Commitment and Its Effects on Post-Decision Evaluation and Preference Stability among Voters. *Journal of Consumer Research*, 9, 413-431.
- Crutchfield, T. y Morgan, R. (2010). Building long-term patient- physician relationships. *Health Marketing Quarterly*, 27, 215-243.
- Czepiel, J. A. y Gilmore, R. (1987). Exploring the concept of loyalty in services. *The services challenge: Integrating for competitive advantage*, 91-94.
- Chahal, H. y Kumari, N. (2012). Service quality and performance in the public health-care sector. *Health Marketing Quarterly*, 29(3), 181-205.
- Churchill, C. y Halpern, S. (2001). Cómo desarrollar la lealtad del cliente. *USAID's microenterprise best practices*, 5-57.
- Churchill Jr, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73.
- De Wulf, K., Odekerken-Schröder, G. y Iacobucci, D. (2001). Investments in Consumer Relationships: A Cross-Country and Cross-Industry Exploration. *Journal of Marketing*, 65(4), 33-50.
- Evanschitzky, H., Eisend, M., Calantone, R. J. y Jiang, Y. (2012). Success factors of product innovation: An updated meta-analysis. *Journal of Product Innovation Management*, 29(S1), 21-37.
- Fisk, T. A., Brown, D. J., Cannizzaro, K. G. y Naftal, B. (1990). Creating patient satisfaction and loyalty. *Journal of Health Care Marketing*, 10(2), 5-16.
- Forgas, S., Moliner, M., Sánchez, J. y Palau, R. (2011). La formación de la lealtad de un cliente de una compañía aérea: diferencias entre aerolíneas tradicionales y de bajo coste. *Cuadernos de Economía y Dirección de la empresa*, 14, 162-172.

- Fornell, C. y Larcker, D. F. (1981). Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 39-50.
- Garbarino, E. y Johnson, M. S. (1999). The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. *The Journal of Marketing*, 70-87.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1990). *LISREL 7: A guide to program and application*, SPSS.
- Kim, K. H., Kim, K. S., Kim, D. Y., Kim, J. H. y Kang, S. H. (2008). Brand equity in hospital marketing. *Journal of Business Research*, 61(75-82).
- Larry, H. (1994). *A step-by-step approach to using the SAS system for factor analysis and structural equation modeling*: SAS Publishing.
- Leisen, B. y Hyman, M. R. (2004). Antecedents and consequences of trust in a service provider: The case of primary care physicians. *Journal of Business Research*, 57(9), 990-999.
- Levesque, T. J. y McDougall, G. H. (2000). Service problems and recovery strategies: an experiment. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 17(1), 20-37.
- MacStravic, S. (1994). Patient Loyalty to Pshysicians. *Journal of Health Care Marketing*, 14(4), 54-56.
- McCollough, M. A., Berry, L. L. y Yadav, M. S. (2000). An empirical investigation of customer satisfaction after service failure and recovery. *Journal of service research*, 3(2), 121-137.
- Mechanic, D. y Schlesinger, M. (1996). The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1693-1697.
- Montaglione, J. (1999). The physician-patient relationship: Cornerstone of patient trust, satisfaction and loyalty. *Managed Care Quarterly*, 7(3), 5-21.
- Morgan, R. y Hunt, S. (1994). The commitment trust theory of relationship marketing. *Journal of Marketing*, 58, 20-38.
- Nunnally, J. C. y Bernstein, I. H. (1991). *Psychometric theory*. 1994 (3 ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oliver, R. (1997). *Satisfaction; A Behavioral Perspective on the Consumer*: Irwin/McGraw-Hill.
- Oliver, R. (1999). Whence consumer loyalty? *The Journal of Marketing*, 33-44.

- Omar, N. A., Wel, C. A. C., Musa, R. y Nazri, M. A. (2010). Program benefits, satisfaction and loyalty in retail loyalty program: exploring the roles of program trust and program commitment. *IUP Journal of Marketing Management*, 9(4).
- Ouschan, R., Sweeney, J. y Johnson, L. (2006). Customer empowerment and relationship outcomes in healthcare consultations. *European Journal of Marketing*, 40, 1068-1086.
- Peppers, D. y Rogers, M. (2004). *Managing Customer Relationships: A Strategic Framework*: John Wiley & Sons, Inc., Hoboken.
- Roman, O., Acuña, M. y Señoret, M. (2006). Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Revista médica de Chile*, 134(8), 1057-1064.
- Selnes, F. (1998). Antecedents and consequences of trust and satisfaction in buyer-seller relationships. *European Journal of Marketing*, 32(3/4), 305-322.
- Singh, J. y Sirdeshmukh, D. (2000). Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgments. *Journal of the academy of Marketing Science*, 28(1), 150-167.
- Spake, D. y Bishop, J. (2009). The impact of perceived closeness on the differing roles of satisfaction, trust, commitment, and comfort on intention to remain with a physician. *Health Marketing Quarterly*, 26, 1-15.
- Suki, N. M. (2011). Assessing patient's satisfaction, trust, commitment, loyalty and doctor's reputation toward doctor services. *Pakistanian Journal of Medical Science*, 27, 1207-1210.
- Thom, D. y Campbell, B. (1997). Patient-physician trust: an exploratory study. *The Journal of Family Practice*, 44(2), 169-176.
- Thom, D., Hall, M. y Pawlson, G. (2004). Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health Affairs*, 23(4), 124-132.
- Vila, N., Küster, I. y Aldás, J. (2000). *Desarrollo y validación de escalas de medida en marketing*. Valencia: Servei de Publicacions, Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales, Universitat de València.
- Webster, F. E. (1988). *Rediscovering the Marketing Concept*. Cambridge.
- Wirtz, J. y Mattila, A. S. (2004). Consumer responses to compensation, speed of recovery and apology after a service failure. *International Journal of Service Industry Management*, 15(2), 150-166.
- Yi, Y. y Jeon, H. (2003). Effects of loyalty programs on value perception, program loyalty, and brand loyalty. *Journal of the academy of marketing science*, 31(3), 229-240.
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L. y Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*, 31-46.