

UNIVERSIDAD DE SEVILLA



ADMINISTRACIÓN DE
EMPRESAS Y MARKETING

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS Y
MARKETING

TESIS DOCTORAL

CALIDAD Y EXCELENCIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD PERUANOS: UNA APLICACIÓN AL MODELO DE ORGANIZACIÓN DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS

Doctorando:

Pío Fernando Barrios Ipenza

Directores:

Prof. Dr. Antonio Genaro Leal Millán

Prof. Dr. Arturo Calvo de Mora Schmidt

Sevilla, 2021

ÍNDICE

Lista de Figuras	6
Lista de Tablas.....	7
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	8
<i>1.1. Relevancia y justificación de la investigación</i>	<i>10</i>
<i>1.2. Objetivos de investigación</i>	<i>14</i>
<i>1.4. Estructura de la tesis</i>	<i>14</i>
CAPÍTULO 2. LAS ASOCIACIONES PÚBLICO PRIVADAS EN EL SECTOR SALUD	20
2.1 Marco conceptual de las APP	22
2.1.1 Definición y esquemas de APP	23
2.1.2 Contratos y riesgos compartidos de las APP.....	28
2.1.3 Las ventajas de las APP.....	30
CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS COMO MODELO DE SALUD EN EL PERÚ.....	34
3.1. Conceptualización de las APP.....	36
3.2. Las APP en el campo de la salud	39
3.3. Las APP internacionales: España, Chile e Inglaterra.....	41
3.3.1 Experiencia de APPs en España	41
3.3.2 Experiencia de APPs enChile	45
3.3.2 Experiencia de APPs Inglaterra	46
3.4. Las APP en Perú.....	48
CAPÍTULO 4. MARCO TÉRICO.....	52
4.1. Calidad de Servicio y modelos de medición	54
4.2. Lealtad.....	57
4.3. Escalas de medición de la calidad en el servicio	60
4.3.1. Escala SERVQUAL.....	60
4.3.2. Escala HEALTHQUAL	64
4.4. Excelencia en el servicio.....	66
4.5. Modelos de medición de excelencia en el servicio.....	70
4.5.1. Modelo Johnston	70
4.5.2. Modelo SERV*OR.....	73
4.5.3. Modelo de excelencia empresarial (BEM).....	74
4.5.4. Modelo de Kano	77
CAPÍTULO 5. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LOS SERVICIOS DE SALUD PERUANOS: VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DE LA ESCALA HEALTHQUAL... 80	80
5.1 Introducción.....	83

5.1.1. Calidad de los servicios en la Gestión Hospitalaria	83
5.1.2. Las Asociaciones Público-Privadas (APP) como Modelo de Organización en la Sanidad.....	84
5.1.3. La escala HEALTHQUAL, dimensiones e ítems.....	86
5.1.4. Modelo de Investigación e Hipótesis	89
5.2. Materiales y métodos para el estudio	92
5.2.1. Instrumento de medición utilizados	92
5.2.2. Variables utilizadas.....	93
5.2.3. Aplicación del cuestionario en el marco del estudio	93
5.2.4. Procesamiento y análisis de dato.....	93
5.3. Resultados	94
5.3.1. Modelo Global registrados	95
5.3.2. Modelo de medición del estudio.....	95
5.3.3. Modelo Estructural utilizado	97
5.4 Discusión.....	99
5.5. Conclusiones.....	103
CAPÍTULO 6. EL MODELO KANO APLICADO A LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALES PERUANOS QUE SIGUEN EL MODELO APP	105
6.1. Introducción.....	107
6.2. Modelo Teórico	111
6.3. Materiales y Métodos	119
6.3.1. Participantes	119
6.3.2. Instrumento utilizado para el artículo	120
6.3.3. Métodos y análisis de datos	121
6.4. Resultados	123
6.4.1. Personal Sanitario (PS)	124
6.4.2. Personal no sanitario (PNS).....	127
6.4.3. Facilidades, equipos y materiales (IEET).....	129
6.4.4. Eficiencia (E)	131
6.5. Discusión	134
6.6. Conclusiones.....	136
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	141
7.1. Discusión de la tesis.....	143
7.2. Limitaciones de la tesis.....	148
7.3. Conclusiones de la tesis	149
7.4 Futuras líneas de investigación.....	153

BIBLIOGRAFÍA	155
ANEXOS	189

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo de la Hipótesis	91
Figura 2 El Modelo de Kano (Kano et al., 1984), según lo sugerido por Jin et al. (2019). .	118
Figura 3 Clasificación de los atributos de la dimensión personal sanitario.	127
Figura 4 Clasificación de los atributos de la dimensión del personal no sanitario.	129
Figura 5 Clasificación de los atributos de la dimensión instalaciones, equipos y tangibles.	131
Figura 6 Clasificación de los atributos de la dimensión de eficiencia.	134

Lista de Tablas

Tabla 1: Nomenclatura de las APP.....	26
Tabla 2: Modelo típico de asignación de riesgos para un proyecto vial	29
Tabla 3: Ventajas potenciales del modelo de APP.....	33
Tabla 4. Instrumento SERVQUAL	63
Tabla 5. Instrumento Kano.....	80
Tabla 6. Distribución de los pacientes encuestados según edad y sexo en los dos complejos hospitalarios.....	95
Tabla 7. El Modelo Global.....	95
Tabla 8. Resultados del modelo de medición.....	96
Tabla 9. El modelo de medición-validez discriminante.....	97
Tabla 10. Los valores del factor de inflación de la varianza (VIF) del modelo estructural. ..	98
Tabla 11. El Modelo Estructural.....	98
Tabla 12. Efectos sobre las variables endógenas.....	99
Tabla 13. Descripción de las dimensiones y atributos evaluados en este estudio.....	121
Tabla 14. Cálculo del grado de satisfacción e insatisfacción mediante el modelo de Kano.....	123
Tabla 15. Análisis descriptivo de las características demográficas de la muestra.....	123
Tabla 16. Resultados correspondientes a la dimensión del personal sanitario.....	125
Tabla 17. Resultados correspondientes a la dimensión del personal no sanitario.....	128
Tabla 18. Resultados correspondientes a la dimensión de facilidades, equipos y bienes tangibles.....	130
Tabla 19. Resultados correspondientes a la dimensión de eficiencia.....	132

CAPITULO 1. INTRODUCCION

1.1. Relevancia y justificación de la investigación

La calidad en la entrega de servicios cumple un rol fundamental en el desarrollo económico y social de los países, sobre todo en el sector salud. No es posible imaginar un mundo sin un sistema de salud. El sector salud representa uno de los sectores más importantes de un país debido a que influye en otros sectores tales como los sociales, políticos, comerciales y financieros (Javed et al., 2019). La ausencia de salud anula la importancia de todos los otros sectores. No importa la riqueza que tenga una sociedad o una persona, si no se cuenta con un sistema de salud, no se podrá desarrollar completamente.

La satisfacción de los pacientes representa un tema clave para evaluar qué tan bien está desarrollado el sector salud de un país. Por ello, su atención en los últimos años desde la gestión pública, así como en la investigación para entender cuáles son los factores que promueven esta satisfacción (Hwang et al., 2020). A pesar que las percepciones de los usuarios del servicio de salud está sujeto a subjetividades por el limitado conocimiento técnico de los pacientes (Dempsey et al., 2014), y esta evaluación de la satisfacción está relacionada con las características psicológicas y demográficas de los pacientes (Schoenfelder et al., 2011; Merkouris et al. 2013); la percepción del usuario se sigue considerando como el criterio más relevante para evaluar el desempeño de la atención de salud (Mitropoulos, Vasileiou y Mitropoulos, 2018).

La satisfacción del usuario de salud se ha considerado por mucho tiempo como un elemento fundamental no solo para lograr una relación óptima entre el paciente y los profesionales de la salud, sino también para el diseño de iniciativas de mejora y garantía de calidad (Sixma et al., 1998). Por otro lado, desde la perspectiva de los proveedores de servicios sanitarios, la evaluación de la experiencia del paciente y la satisfacción con los usuarios sanitarios podría

captar si los servicios cumplen con un estándar aceptable y destacar áreas potenciales para la mejora de la calidad (Al-Abri y Al-Balushi, 2014)

Asimismo, todavía no hay evidencia clara y definitiva que muestre una correlación entre la satisfacción del paciente y los resultados de salud positivo (Kennedy et al., 2014); sin embargo, varios estudios señalan que los pacientes satisfechos tienen más probabilidades de ejercer una mejor adherencia al tratamiento, lo que conduciría a una mejora de los resultados con el tiempo (Shirley y Sanders, 2013). También se ha descubierto que al mejorar la satisfacción del paciente es una forma eficaz de mejorar la retención y derivaciones y, en consecuencia, aumentar la presencia en el mercado y los ingresos de los establecimientos de salud. Sin embargo, a menudo se cuestiona la relevancia de los estudios de satisfacción del paciente con respecto a la gestión de la calidad y la mejora en el sector de la atención médica debido a problemas conceptuales y operativos para su evaluación relacionados con la confiabilidad y validez de los informes de los pacientes, los determinantes asociados con la satisfacción del paciente, inclusive con la ambigüedad del propio concepto de satisfacción. Muchos autores tienden a tener diferentes percepciones sobre la definición de satisfacción del paciente. Jenkinson et al. (2002) y Ahmed et al. (2017) señalaron que la satisfacción del paciente parece representar principalmente actitudes hacia el cuidado o aspectos del cuidado, mientras que Mohan et al. (2021) se refirieron a la satisfacción del paciente como sus emociones, sentimientos y su percepción de los servicios de salud prestados. Estos autores definieron la satisfacción del paciente como un grado de congruencia entre las expectativas del paciente sobre la atención ideal y sus percepciones sobre la atención real recibida.

Una alternativa de medición que busca evitar estos retos fue la desarrollada por Parasuraman et al. (1985) que propone que, en lugar de enfocarse en la insatisfacción, su modelo de calidad

de servicios (SERVQUAL) se concentra en expectativas y experiencias. Ambos elementos se consideran partes importantes de un proceso hacia la mejora continua de calidad.

A nivel de gestión, uno de los mecanismos vinculados a elevar la calidad de servicios prestados por una entidad pública son las denominadas Asociaciones Públicas Privadas (APP). Las APP son acuerdos a largo plazo firmados por un gobierno o una agencia pública - en nombre del sector público - y un socio privado - empresas comerciales, consorcios, organizaciones no gubernamentales, -, quien será responsable de administrar parte o toda la infraestructura, como un hospital. Sin embargo, estas modalidades de trabajo consorciado son relativamente nuevas en servicios de salud a nivel global, sobre todo en países en desarrollo (Ferreira y Marques, 2021); incluso son aún más escasas las evaluaciones vinculadas a la implementación de esta forma de asociaciones sobre la calidad del servicio, gran parte de la literatura vinculada a las APP se centra en el tema de acceso, principalmente (Doyle et al, 2000, Naylor et al., 2002).

En el Perú, se han venido estructurando una serie de contratos bajo la modalidad de APPs en distintos sectores, con miras a aprovechar con eficiencia los recursos económicos y brindar servicios de mayor calidad. En el caso del sector salud, el Seguro Social del Perú en Salud (EsSalud) es la institución que ha generado las primeras experiencias en los contratos suscritos hasta el momento, motivando a su vez al Ministerio de Salud (MINSA), a iniciar procesos similares. Asimismo, los gobiernos regionales están interesados en desarrollar su nueva oferta bajo esta modalidad.

Sin embargo, a pesar del progreso alcanzado y el enorme interés por ampliar los niveles de cobertura de salud, mejorar la provisión de servicios y la calidad de estos, y disminuir la brecha en términos de infraestructura, expresadas en las declaraciones por parte del Ministerio de Economía, el Ministerio de Salud y los gobiernos sub-nacionales, el desconocimiento y manejo limitado de aspectos financieros y económicos parecen ser impedimentos para el incremento de nuevos contratos de APPs en el Perú.

La brecha de infraestructura existente en el sector salud y los actuales niveles de servicio en la atención a los usuarios del sistema de salud peruano, obligan a la programación de inversiones anuales para la construcción de nuevos hospitales bajo esquemas tradicionales; sin embargo, tal esquema plantea una solución parcial dado que se desarrolla infraestructura sin tener en cuenta cómo se implementará la operación (Bravo, 2013). Según la Ley N° 29344 “Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud”, se establece que toda persona residente en el territorio nacional tiene el derecho a la atención de salud de calidad y de forma oportuna. Por ello, el Estado ha implementado estrategias que brinden servicios de calidad a través de prestadores de salud público y privado. Sobre la satisfacción de usuarios de salud en el Perú, Chávez et al. (2013) encontró que la satisfacción de un paciente está relacionado a la información que recibe por parte de su médico y la calidad del mensaje recibido vinculado a su tratamiento. Otro estudio vinculado a la satisfacción de los pacientes de observa que la calidad de la infraestructura y la gestión en la atención (ej. Tiempo de espera, demora en los resultados) fueron los principales motivos por el cual los pacientes están más satisfechos o insatisfechos con la atención recibida. A nivel de recursos humanos, Ortiz et al. (2017) señala que la satisfacción de los usuarios se relaciona con el trato de los médicos y con la calidad de la atención.

Sin embargo, no hay estudios que vinculan la satisfacción de los usuarios de servicios de salud en hospitales del Perú manejado por APP. De allí la importancia de una evaluación y análisis de los modelos de APPs existentes para una toma de decisiones por parte de las autoridades respectivas más informada, oportuna y pertinente a la realidad peruana.

1.2. Objetivos de investigación

A nivel de objetivo general, se plantea lo siguiente: Evaluar la satisfacción experimentada por usuarios del servicio de salud en dos hospitales del Perú que se administran a través del mecanismo de asociaciones públicos-privadas.

A nivel de objetivos específicos, de acuerdo a los temas tratados en los capítulos del presente estudio se plantea lo siguiente:

- Evaluar la factibilidad para la adaptación de un instrumento que evalúe la calidad del servicio de salud.
- Explorar las dimensiones dentro del servicio de salud que generan mayores niveles de satisfacción e insatisfacción por parte de los usuarios del servicio.
- Evaluar la calidad de los servicios de salud de una forma multidimensional utilizando la metodología del modelo KANO

1.4. Estructura de la tesis

La tesis se divide en seis capítulos a través de los cuáles busca responder los objetivos de investigación señalados. En el primer capítulo, se establece el objetivo general y los objetivos específicos en los cuáles se centra el presente trabajo de investigación. Además, previo a este punto, se señala cuál es la relevancia del tema abordado en la presenta investigación.

En el capítulo dos se describe el marco conceptual, variables clave que diferencian a las APP, los contratos y riesgos compartidos en los que se involucra, y las ventajas de las asociaciones públicos-privadas en general.

En el capítulo tres se detalla el análisis de las Asociaciones Públicos Privadas como modelos en el campo de la salud. Adicionalmente, se presenta las APP internacionales interesantes,

como España, Chile e Inglaterra. Asimismo, se presenta sobre estos países los antecedentes, modelos aplicados en los proyectos españoles, entre otros. Adicionalmente, se muestra las características de las APPs de Chile, esquemas de retribución, características de la estructuración financiera de los proyectos APPs. Por último, se muestra el caso de Inglaterra, aspectos generales, los modelos aplicados en el caso inglés, esquema de retribución al concesionario, mecanismos de financiamiento, estructuración financiera y distribución de riesgos.

Por último, en el capítulo 3 se presenta la APPs en el Perú. En este sentido, se muestra ciertas características de las APPs, tales como, que el país es uno de los pocos en contar con un marco normativo específico para las APPs. Adicionalmente, se presenta el rol de ESSALUD en sus proyectos de inversión mediante las APPs en hospitales de alta especialidad.

En el capítulo 4, se presenta el Marco Teórico. En este sentido, se muestra la Calidad del Servicio y modelos de medición. La herramienta de evaluación mostrada es la Escala SERVQUAL. Dicha herramienta se ha empleado de forma regular para la evaluación de calidad de distintos de servicios. En este sentido, se considera a SERVQUAL como una herramienta adecuada para evaluar el servicio sanitario como una escala multidimensional. Por otro lado, se presentan otros modelos de medición de excelencia en el servicio como Modelo Johnson, Modelo SERV*OR, Modelo de Excelencia Empresarial (BEM), Modelo de Kano.

En el capítulo 5, se presenta la validación de la escala de HEALTHQUAL en el contexto de la APP en hospitales peruanos. En este sentido, se muestra la Calidad de los servicios en la Gestión Hospitalaria, Las Asociaciones Público-Privadas (APP) como Modelo de Organización en la Sanidad, La escala HEALTHQUAL con sus dimensiones e ítems.

Adicionalmente, se muestra el Modelo de Investigación e Hipótesis. Así como los distintos materiales y métodos para el presente estudio.

En el capítulo 6 se presenta el Modelo Kano aplicado a la evaluación de servicios de salud en los hospitales peruanos que siguen el modelo Asociaciones Públicas Privadas.

Por último, en el capítulo 7 se presenta la discusión y conclusiones en el marco del trabajo. En cuanto a la discusión se presenta cómo los objetivos de señalados fueron alcanzados a lo largo del presente documento. Asimismo, se señalan las limitaciones que se han encontrado alrededor del trabajo en cuanto a la metodología aplicada vinculada al alcance y recojo de información; así como la aplicación del propio instrumento. Por último, a nivel de conclusiones se resumen los principales hallazgos en torno a la investigación y se hace una reflexión sobre los desafíos de los términos de satisfacción y excelencia en relación a los servicios de salud en un contexto como el peruano, sumado al efecto de la pandemia.

La estructura de la tesis final es la siguiente. En concordancia con lo planteado en el índice del presente trabajo

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Relevancia y justificación de la investigación

1.2. Objetivos de investigación

1.4. Estructura de la tesis

CAPÍTULO 2. LAS ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS EN EL SECTOR SALUD

2.1. Marco conceptual de las APP

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LAS ASOCIACIONES PÚBLICO-PRIVADAS COMO MODELO DE SALUD EN EL PERÚ

3.1 Conceptualización de las APP

3.2 Las APP en el campo de la salud

3.3 Las APP internacionales: España, Chile e Inglaterra

3.4 Las APP en el Perú

CAPÍTULO 4 MARCO TEÓRICO

4.1 Calidad de servicio y modelos de medición

4.2 Lealtad

4.3 Escala de medición de la calidad en el servicio

4.4 Excelencia en el servicio

4.5 Modelos de medición de excelencia en el servicio

CAPÍTULO 5 VALIDACIÓN DE LA ESCALA HEALTHQUAL EN CONTEXTO DE APP EN HOSPITALES PERUANOS

5.1 Introducción del capítulo

5.2 Materiales y métodos para el estudio

5.3 Resultados del capítulo

5.4 Discusión

5.5 Conclusiones

CAPÍTULO 6 EL MODELO KANO APLICADO A LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN HOSPITALES PERUANOS QUE SIGUEN EN EL MODELO APP

6.1 Introducción

6.2 Modelo teórico

6.3 Materiales y Métodos

6.4 Resultados del capítulo

6.5 Discusión

6.6 Conclusiones

CAPÍTULO 7 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN DEL PRESENTE ESTUDIO

7.1 Discusión

7.2 Limitaciones

7.3 Conclusiones

7.4 Futuras líneas de investigación

Bibliografía

**CAPITULO 2. LAS ASOCIACIONES PUBLICO
PRIVADAS EN EL SECTOR SALUD**

2.1 Marco conceptual de las APP

2.1.1 Definición y esquemas de APP

Las Asociaciones Público Privadas (APP o PPP por sus siglas en inglés) se definen como contratos a largo plazo entre una organización privada y una entidad pública, para brindar un bien o servicio público en el que la organización privada asume un riesgo importante y la responsabilidad de la gestión, y la remuneración está vinculada al desempeño (Banco Mundial, 2014).

De forma similar, Vining y Boardman (2008) define a las APP como acuerdos entre el gobierno y uno o más socios privados bajo el cual estos últimos proveen un servicio de manera tal que los objetivos de provisión de servicios del gobierno se encuentren alineados con los objetivos de obtención de utilidad del sector privado y donde la efectividad depende en una adecuada transferencia de riesgos del sector privado.

Tal como señalan ambos documentos y la literatura sobre APP, si bien no existe una única y generalizada definición sobre estos esquemas en los distintos países que los emplean, estos modelos de APP facilitan soluciones amplias y participativas entre el sector público y privado para la provisión de bienes y servicios públicos de manera integral.

En la práctica los esquemas de APP se distribuyen en una amplia variedad. Así, el Banco Mundial (2014) identifica tres variables claves que las diferencian. Una de ellas son el tipo de bien o servicio involucrado que se brindará durante estos contratos de largo plazo.¹ Puede

¹ Si bien se señala que en la práctica la definición de servicios públicos puede variar según el país y con el tiempo, el Banco Mundial (2014) lo conceptualiza en términos generales como cualquier servicio que el Gobierno correspondiente considera que es su responsabilidad prestar o garantizar que se preste.

tratarse de nuevos activos, denominados generalmente nuevos proyectos (*greenfield*), o proyectos ya existentes (*brownfield*).

Otra de las variables que los diferencian son las responsabilidades a cargo de la parte privada. Al respecto, una característica central de un contrato de APP es que acumula» múltiples fases o funciones del proyecto. Las responsabilidades que se contratarán dependerán de la naturaleza del bien o servicio asociado. Se destacan las siguientes funciones:

- **Diseño:** También llamado trabajo de “ingeniería”, significa desarrollar el proyecto desde el concepto inicial y los requisitos de resultados hasta las especificaciones de diseño listas para la construcción.
- **Desarrollo o rehabilitación:** Cuando se utilizan APP para activos de infraestructura nuevos, se suele requerir que la parte privada construya el activo e instale todo el equipo. Cuando las APP implican activos existentes, la parte privada puede ser responsable de rehabilitar o ampliar el activo.
- **Financiamiento:** Cuando una APP implica el desarrollo o la rehabilitación del activo, se suele requerir, también, que la parte privada financie los gastos de capital, ya sea en parte o en su totalidad.
- **Mantenimiento:** Las APP asignan a la parte privada la responsabilidad del mantenimiento de un activo de infraestructura y/o servicio, de acuerdo a un estándar especificado durante la vida del contrato. Esto suele considerarse una característica clave de los contratos de APP.

- **Operación:** Las responsabilidades de operación de la parte privada de una APP pueden variar considerablemente según la naturaleza del activo subyacente y del servicio asociado.

Finalmente, otra variable relevante que diferencia los contratos de APP es el mecanismo de pago al privado por las responsabilidades de las cuales se hace cargo. Al respecto, el Banco Mundial (2014) los describe de la siguiente forma:

- **Mediante pagos del gobierno:** El Gobierno es la única fuente de ingresos de la parte privada. Los pagos del Gobierno pueden depender de que el bien o el servicio estén disponibles con un grado de calidad definido en forma contractual (pagos por "disponibilidad"). También pueden ser pagos basados en los resultados de los servicios brindados a los usuarios, por ejemplo, un camino con "peaje sombra" que es gratuito para los usuarios, pero por el que el Gobierno paga al operador una tarifa por conductor.
- **Mediante pagos de los usuarios:** La parte privada brinda un servicio a los usuarios y genera ganancias al cobrar por la provisión de este servicio a los usuarios. Un ejemplo de ello son las carreteras con peajes. Estos cargos (tarifas o peajes) pueden complementarse mediante subsidios pagos por el Gobierno, los que pueden basarse en el desempeño (por ejemplo, según la disponibilidad del servicio en una calidad en particular), o basarse en los resultados (por ejemplo, pagos por usuario).

Al respecto, la tabla N° 1 muestra la nomenclatura de los contratos de APP en función a las distintas combinaciones de las tres variables anteriormente mencionadas.

Tabla 1: Nomenclatura de las APP

Nomenclatura de contrato	Descripción general y referencia	Tipo de activo	Funciones transferidas	Mecanismo de pago
Diseño- Construcción- Financiamiento- Operación- Mantenimiento (DBFOM); Diseño- Construcción- Financiamiento- Operación (DBFO); Diseño- Construcción- Gestión- Financiamiento (DCMF)	De acuerdo con esta nomenclatura, la variedad de tipos de contratos de APP se describe según las funciones transferidas al sector privado. La función 'Mantenimiento' se puede dejar fuera de la descripción (de modo que en lugar de un DBFOM, un contrato que transfiera todas esas funciones se pueda describir simplemente como un DBFO, con la responsabilidad del mantenimiento como parte de las operaciones). Una descripción alternativa dentro de líneas similares es un contrato de Diseño-Construcción-Gestión-Financiamiento (DCMF), que equivale a un contrato de DBFOM.	Infraestructura nueva	Capturado por nombre de contrato	Puede ser con pagos del Gobierno o de los usuarios
Operaciones y Mantenimiento (OyM)	Los contratos de OyM para activos existentes pueden encajar en la definición de APP cuando se basan en el desempeño y son a largo plazo (a veces, también llamados contratos de mantenimiento basados en el desempeño)	Infraestructura existente	Operaciones y mantenimiento	Pagos del Gobierno
Construcción- Operación- Transferencia (BOT), Construcción- Propiedad- Operación- Transferencia (BOOT), Construcción- Transferencia- Operación (BTO)	Este enfoque para la descripción de APP para activos nuevos captura la titularidad legal y el control de los activos del proyecto. De acuerdo con un proyecto BOT, la compañía privada es propietaria de los activos del proyecto hasta que estos se transfieren al final del contrato. El BOOT suele usarse a menudo como sinónimo de BOT. En cambio, en un contrato de Construcción-Transferencia-Operación (BTO), la titularidad de los activos se transfiere una vez que se termina la construcción.	Infraestructura nueva	Por lo general, el diseño, la construcción, el financiamiento, el mantenimiento y algunas o todas las operaciones. De acuerdo con algunas definiciones, BOT o BTO pueden no incluir financiamiento privado, mientras que BOOT siempre incluye financiamiento privado.	Puede ser con pagos del Gobierno o de los usuarios

Nomenclatura de contrato	Descripción general y referencia	Tipo de activo	Funciones transferidas	Mecanismo de pago
Rehabilitación-Operación-Transferencia (ROT)	En cualquiera de las convenciones de nomenclatura descritas anteriormente, 'Rehabilitación' puede tomar el lugar de 'Construcción' cuando la parte privada es responsable de la rehabilitación, la actualización o la ampliación de los activos existentes.	Infraestructura existente	Como se describe anteriormente, pero "rehabilitación" en lugar de "construcción"	Como se describe anteriormente.
Concesión	En algunas jurisdicciones, la concesión puede significar un tipo de contrato específico, mientras que en otras, se emplea más en forma amplia. En el contexto de las APP, se emplea el término 'concesión' para describir una APP de 'pago de usuarios'. Por ejemplo, en Brasil, la 'Ley de Concesión' se aplica solo a contratos de pago de usuarios; una 'Ley de APP' distinta rige los contratos que requieren algún pago del Gobierno. Por otra parte, a veces, se emplea 'concesión' como un término genérico para describir una amplia variedad de tipos de APP, por ejemplo, en Chile, todas las APP recientes se han implementado de acuerdo con la 'Ley de Concesión', incluyendo los contratos con total pago del Gobierno.	Infraestructura nueva o existente	Diseño, rehabilitación, ampliación o construcción, financiamiento, mantenimiento y operación, por lo general, suministro de servicios a usuarios	Por lo general, son pagos de los usuarios. En algunos países, dependiendo de la viabilidad financiera de la concesión, la parte privada puede pagar una tarifa al Gobierno o puede recibir un subsidio.
Arrendamiento	Un contrato de arrendamiento es similar a una concesión, pero el Gobierno suele ser responsable de los gastos de capital. Estos contratos pueden o no quedar bajo la definición de APP, según la duración del contrato.	Infraestructura existente	Mantenimiento y operación, prestación de servicios a usuarios	Pagos de los usuarios: la parte privada suele remitir parte de las tarifas de usuarios al Gobierno, para cubrir los gastos de capital.
Franquicia	A veces, se emplea el término 'franquicia' para describir un acuerdo similar a un contrato de concesión o a un arrendamiento.	Infraestructura nueva o existente	Puede incluir el diseño, la construcción y el financiamiento, o puede estar limitado al mantenimiento y la operación de un activo	Puede ser con pagos de usuarios o del Gobierno.

Nomenclatura de contrato	Descripción general y referencia	Tipo de activo	Funciones transferidas	Mecanismo de pago
Iniciativa de Financiamiento Privado (PFI)	El Reino Unido fue uno de los primeros países que introdujeron el concepto de APP, bajo el término 'Iniciativa de Financiamiento Privado'. Se suele emplear el término 'PFI' para describir la APP como una forma de financiar, construir y gestionar infraestructura nueva.	Infraestructura nueva	Diseño, construcción, financiamiento, mantenimiento. Puede incluir algunas operaciones, pero por lo general no incluye la prestación de servicios directamente a los usuarios	Pagos del Gobierno

Fuente: Banco Mundial (2014)

2.1.2 Contratos y riesgos compartidos de las APP

Los proyectos de infraestructura generalmente poseen una gran variedad de riesgos, por ejemplo, retrasos en la construcción, sobrecostos que superen lo presupuestado, disponibilidad y calidad de los servicios, incertidumbre acerca de la necesidad del proyecto en el mediano a largo plazo y variaciones en el valor de los activos. Estos riesgos también están presentes en las APP. Una diferencia entre las APP y los proyectos ejecutados mediante contrataciones públicas tradicionales radica en que las primeras permiten al Estado compartir con el sector privado en función de la parte que esté mejor preparada para manejar estos riesgos.

Bajo la lógica de los contratos de APP, la asignación y mitigación de riesgos se transfiere como responsabilidad a la parte que esté mejor preparada para enfrentar cada uno de ellos (asumiendo costos u obteniendo beneficios, de corresponder), lo que es inherente a la naturaleza del proyecto. Según el Banco Mundial (2014) lo anterior implica asignar los riesgos a: (i) quien mejor pueda controlar la probabilidad de que ocurra el riesgo; (ii) quien mejor pueda controlar el impacto del riesgo en los resultados del proyecto; y, (iii) pueda absorber el riesgo al costo más bajo, si la probabilidad e impacto de los riesgos no pueden controlarse.

Iossa et al (2007) describe dos objetivos generales de la asignación de riesgos: primero, crear incentivos para las partes para que gestionen bien los riesgos, y con ello, mejoren los beneficios del proyecto o reduzcan los costos; segundo, reducir el costo total del riesgo del proyecto, "asegurando" a las partes contra los riesgos que no estén dispuestos a asumir. Por ello, al tener los contratos de APP una vigencia de largo plazo, la identificación, cuantificación y la proyección de los riesgos son fundamentales para la sostenibilidad de los proyectos.

Tal como señala el Banco Mundial (2014), los riesgos de las APP varían en función del país donde el proyecto se implemente, la naturaleza del proyecto y los bienes y servicios que involucre. Generalmente, los riesgos se agrupan por categorías, que son a menudo riesgos asociados con una función particular (como la construcción, operaciones o financiamiento), o con una etapa particular del proyecto (como la terminación). Alborta et al. (2011) muestra un modelo típico de asignación de riesgos para un proyecto de infraestructura vial considerando que algunos riesgos son comunes en muchos tipos de proyectos de APP (Tabla 2).

Tabla 2: Modelo típico de asignación de riesgos para un proyecto vial

Tipos de riesgos	Descripción	Público	Privado
Contractuales			
Regulatorios		X	
De fuerza mayor		X	X
De seguros			X
De garantías y obligaciones			X
Técnicos			
De diseño	Nivel de detalle y costeo de las obras		X
De construcción	Riesgo geológico, disponibilidad de materiales		X
	Excesivos costos de construcción		X
Tecnológicos	Tecnología para la prestación eficiente del servicio, obsolescencia tecnológica		X
De terminación	Lucro cesante	X	X
De operación	Nivel del servicio		X
	Mantenimiento		X
	Disponibilidad del bien		X
Ambientales y sociales	Participación de la comunidad	X	X
	Fauna y flora		X
	Uso del agua y suelo		X
Financieros			

Relacionados con el cierre financiero	Disponibilidad de recursos a tiempo		X
	Requerimientos de capital		X
	Capacidad de pignorar rentas/titularización		X
Repago	Tasas de interés		X
	Garantías		X
	Riesgo cambiario		X
	Disponibilidad de recursos de largo plazo		X
Comerciales			
De demanda	Proyecciones de ingreso		X
	Proyecciones de usuarios		X
	Disponibilidad a pagar		X
	Elasticidad de la demanda	X	X
De competencia	Existencia de opciones		X
	Monopolio natural	X	

Fuente: Alborta (2011)

Como se puede observar del cuadro anterior, por ejemplo, los riesgos de construcción suelen trasladarse al sector privado pues además de estar a cargo de ello, tiene mayor experiencia en esa área. Por su parte, queda en el sector público el riesgo regulatorio que podrían afectar la continuidad de los procesos de APP pues es éste quien tiene capacidad de gestión sobre ellos (Farquharson y Yescombe, 2011).

2.1.3 Las ventajas de las APP

La escasa o inadecuada infraestructura es una limitación para el crecimiento y competitividad de los países. Ante ello, las APP se configuran como una solución adicional a las distintas restricciones presupuestarias, fiscales, de gestión, entre otros, que enfrentan los gobiernos.

2.1.3.1 Ventajas fiscales

Distintos estudios revelan que una de las principales causas de las amplias brechas de infraestructura que los países enfrentan es la insuficiencia de recursos para poder financiar la provisión de bienes y servicios. Por ello, tal como señala Farquharson et al. (2011) los gobiernos se interesan en estos esquemas para la provisión de bienes y servicios debido principalmente a la movilización del capital privado y señala que: *“La demanda estimada por*

inversión en servicios públicos muestra que los recursos del gobierno e incluso de los donantes no pueden llenar la brecha de inversión por sí sola, por lo tanto, aprovechar el capital privado pueden ayudar a acelerar la entrega de la infraestructura pública”.

Como ejemplo, para promover el desarrollo económico, la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) debería aumentar su nivel de inversión en infraestructura, del nivel existente e histórico de 2-3% a un mínimo de 5% de su PBI, para pasar de US\$ 150 mil millones a 250 mil millones anuales. En el caso peruano, AFIN (2015) estima una brecha de infraestructura en el Perú valorizada en US\$ 159,549 millones para el período 2016-2025, por lo cual se requeriría una inversión promedio anual del 8.27% del PBI (es decir, US\$ 15,955 millones anual) para poder cerrarla.

Por ello, las APP pueden contribuir a aumentar el financiamiento disponible para infraestructura, entre los que se incluyen:

- Aumentar el financiamiento disponible para infraestructura, a través de ingresos provenientes de las tarifas a usuarios y/o a través de nuevos flujos de ingresos, producto de un mayor uso de los activos.
- Superar las limitaciones presupuestarias de caja a corto plazo, repartiendo el costo de capital de un proyecto a lo largo de su duración.
- Superar las limitaciones de endeudamiento del sector público.

2.1.3.2 Ventajas económicas

Además de los beneficios financieros anteriormente mencionados, Farquharson et al. (2011) identifica cualidades de las APP por las cuales los gobiernos optan por estos esquemas:

- **Mayor eficiencia en el uso de los recursos:** La naturaleza de largo plazo de los contratos de APP, permiten que bajo una asignación de riesgos óptima entre ambas partes, el sector privado tenga los incentivos necesarios para considerar las implicancias de largo plazo de la calidad del diseño y construcción en caso de infraestructura nueva, o de la expansión en caso de infraestructura ya existente; permitiendo un uso más eficiente de los recursos durante la vida útil de los activos. De la misma manera, la vigencia de largo plazo de estos contratos da mayor certeza, e incluso podría generar una reducción, en el precio por la entrega del servicio, garantizando la asignación de presupuesto para el mantenimiento de los activos a largo plazo, que a menudo se omite en las formas tradicionales de contratación del sector público en detrimento del activo y el contribuyente.
- **Exposición al riesgo de desempeño:** La exposición en la remuneración al riesgo de desempeño que recibe la parte privada, en el largo plazo, da un incentivo al sector privado para diseñar y construir un activo a tiempo y dentro del presupuesto, tomando en cuenta los costos de mantenimiento y renovación en el largo plazo.
- **Aseguramiento de la calidad y el escrutinio del mercado:** Los procesos de APP por lo general garantizan un mayor nivel de calidad de los proyectos en comparación a los procesos regulares de contratación pública dado que la autoridad pública prepara los proyectos y los conecta con el mercado. El estado enfrenta el escrutinio de las partes fuera del gobierno, como los prestamistas e inversores, cuyo capital estará en riesgo en el largo plazo, en función del desempeño del servicio brindado.
- **Adecuada identificación de riesgos involucrados:** Dado el compromiso de largo plazo que requieren las APP, es imprescindible la adecuada identificación de los riesgos de largo plazo y por tanto los costos de brindar el servicio. Esta identificación

permite generar un debate más informado y realista en la selección del proyecto y enfocarse en los productos y resultados. Este escrutinio usualmente no sucede con los procesos de contratación pública convencionales.

A las ventajas mencionadas, se pueden agregar otras como las mencionadas en un estudio de Allard y Trabant (2006), como el conocimiento tecnológico y la capacidad de innovación con los que cuenta el sector privado y que puede aportar en las distintas fases de la APP. De forma similar, las ventajas políticas al darle más herramientas a los gobiernos para la provisión de bienes y servicios. (Tabla N° 3)

Tabla 3: Ventajas potenciales del modelo de APP

Ventajas fiscales		Ventajas económicas		Ventajas tecnológicas		Ventajas sociales		Ventajas políticas	
1	Mejora de la deuda pública	1	Rapidez de la entrega	1	Transferencia de tecnología	1	Atender necesidades sociales	1	Nuevo papel para el gobierno
2	Mejor valor por dinero	2	Modernización	2	Formación de trabajadores	2	Aumentar la calidad de vida	2	Conservar la responsabilidad pública para la provisión de servicios
3	Asignación óptima de riesgo	3	Fiabilidad	3	Innovación	3	Mejora del medio ambiente	3	Controlar la corrupción y otras influencias distorsionantes
4	Control presupuestal	4	Eficacia			4	Equilibrar objetivos público y privados	4	Estabilidad en el largo plazo
		5	Acceso a capital internacional			5	Asignación más eficaz de recursos		
		6	Apoyo a mercado de capital locales						

Fuente: Allard y Trabant (2006)

**CAPITULO 3. ANALISIS DE LAS ASOCIACIONES
PÚBLICO-PRIVADAS COMO MODELO DE SALUD
EN EL PERÚ**

3.1. Conceptualización de las APP

Las Asociaciones Público-Privadas (APP²) han emergido en los últimos años como una estrategia para expandir, cubrir y mejorar los servicios de salud en muchas partes del mundo, especialmente en Latinoamérica. En principio, Ardían et al. (2007) señala que las APP son tratos u acuerdos realizados de manera voluntaria para la cooperación entre dos o más sectores públicos y privados. En este, el objetivo es un trabajo en conjunto con el fin de compartir responsabilidades, riesgos, recursos y beneficios. Farahbakhsh et al. (2012) y Reich (2002) presentan a las APP como un método innovador de articulación.

Por su parte, Bolger (2011) sostiene que se tratan de contratos entre una entidad privada y una entidad pública, esta última deberá proveer un buen servicio en alianza con el sector privado, ya que asume la responsabilidad de gestionar y prestar un servicio de salud alineándose con los objetivos del gobierno, y en los que la eficacia depende de la adecuada transferencia del riesgo del sector privado. Estas APP proveen, de manera efectiva, un modelo que busca cerrar la brecha de infraestructura y calidad de servicio.

Por otro lado, de acuerdo con el Banco Mundial (2014), las APP se tratan de uniones entre un ente público y una parte privada mediante contrataciones a largo plazo. Ello con el fin de otorgar un mejor servicio público de atención en donde la parte privada es la que asume mayor responsabilidad y riesgo y, por tanto, recibe una mayor remuneración. Por su parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE - (2008) refuerza la anterior conceptualización con la idea de que se tratan de acuerdos en donde, debido a que el socio privado es el que se encarga de proveer el servicio público de atención y quien corre el riesgo, es quien debe obtener la mayor utilidad del ser servicio brindado.

² O, por sus siglas en inglés, PPP (Public Private Partnerships).

Estas últimas dos definiciones presentan a las APP como opciones de trabajo participativas entre el sector público y el sector privado con el objetivo de un mejorar los servicios de atención y brindarlos de manera integral y eficiente. Se debe agregar que, en muchas situaciones, las APP se convierten en soluciones necesarias, pero que, en general, logran la unión y coordinación efectiva entre el ente público y privado.

Tal como señala el (Guasch et al,2014), el objetivo de la APP consiste en facilitar soluciones amplias y participativas para la provisión de bienes y servicios públicos mediante la integración del sector público y del sector privado. Por ello, son un instrumento estratégico y adicional con el que cuentan los gobiernos para gestionar los servicios públicos y tienen las siguientes características específicas:

- Los contratos son de largo plazo (mínimo 10 años).
- La parte privada financia de manera total o parcial la inversión de infraestructura y al empezar a funcionar recibe una retribución por parte del gobierno.
- La remuneración a la parte privada está sujeta al cumplimiento de los estándares de servicio definidos en el contrato, los cuales están alineados a las prioridades del gobierno.

Asimismo, las responsabilidades de las cuales se hará cargo la parte privada asumiendo los riesgos que involucre, dependen de la naturaleza del bien o servicio asociado y pueden tener siguientes funciones:

- La parte privada se encarga de desarrollar el proyecto desde el principio y los requisitos se dan a partir de las pautas que brinda el gobierno.

- Se utilizan APP para generar infraestructura nueva, es decir, se suele requerir que la parte privada construya todo e instale todo el equipo.
- Las responsabilidades de operación de la parte privada implican la puesta en marcha de los servicios relacionados a la infraestructura construida o rehabilitada.
- Las APP asignan a la parte privada la responsabilidad del mantenimiento de la infraestructura y/o servicio, de acuerdo con un estándar especificado en el contrato.

Un elemento importante que considerar cuando se trata de las APP es el mecanismo de pago que se direcciona al sector privado debido a las responsabilidades que asume. El Banco Mundial (2014) señala dos tipos: mediante pagos del gobierno (1) y mediante pagos de los usuarios (2).

- Pagos del gobierno: El Gobierno es la única fuente de ingresos de la parte privada, y sus pagos dependen de indicadores de desempeño.
- Pagos de los usuarios: La parte privada brinda un servicio a los usuarios y su ganancia se genera al cobrar por la provisión de este servicio a los usuarios. Por ejemplo, las carreteras con peajes.

De acuerdo con el Guasch et al. (2014), el modelo más frecuente de las APP representa un esquema en donde la parte privada se encarga de diseñar, construir, operar y transferir al sector público el activo a la culminación del contrato. Esto quiere decir que las APP están en una posición intermedia en la relación contractual entre el sector público y privado.

Es por esto que, en los contratos establecidos, los riesgos deben ser identificados y gestionados, transfiriendo la responsabilidad a la parte que esté mejor preparada para enfrentar cada uno de ellos. Según el Banco Mundial (2014), lo anterior implica asignar los riesgos a quien mejor pueda controlar la probabilidad de que ocurra, que controle su impacto en los resultados de los proyectos y poder reducir el costo del riesgo en caso ocurra.

Otro elemento que considerar son las ventajas de las APP frente al problema de infraestructura. Esto debido a que se aumenta el financiamiento para la mejora de infraestructura a partir de los ingresos obtenidos por usuarios, además de superar los problemas presupuestarios de la institución a corto plazo y poder resolver cualquier tipo de problema de endeudamiento que existiese.

Lo anterior se refuerza con Farquharson et al. (2011), en donde señala que se gana una mayor eficiencia en el uso de los recursos (en este caso, el sector privado, con los incentivos necesarios, puede realizar un uso más eficiente de los recursos), una exposición al riesgo de desempeño (en este caso, hay un incentivo para el sector privado para poder diseñar y construir en el marco del presupuesto asignado que considera la exposición en la remuneración al riesgo de desempeño que recibe la parte privada), un aseguramiento de la calidad y el escrutinio de mercado (en donde se evita el escrutinio al que suele estar acostumbrado el gobierno, tales como prestamistas e inversores externos), una adecuada identificación de riesgos involucrados (en donde se debe realizar una adecuada identificación de los posibles riesgos, cuestión que no suele realizarse en las entidades públicas).

3.2. Las APP en el campo de la salud

La necesidad de infraestructuras y servicios de salud en los países en vías de desarrollo ha puesto sobre la mesa de que el modelo de las APP como una alternativa bastante útil para

resolver la poca capacidad de gestión que enfrentan los gobiernos a la hora de ampliar la cobertura de su sistema de salud, calidad de servicios y mejora en la asignación de riesgos y recursos. Es decir, las APP optimizan los recursos y mejoran la productividad y eficiencia, ya que aseguran una mayor calidad y una adaptación rápida a las necesidades del mercado de salud en comparación de los procesos burocráticos dentro de la gestión pública (Bleich, 2009).

Acorde a Stemmer (2008), existe una relación entre el gasto que realizan los países en desarrollo y el estado de salud de su población, ya que señalan que aquellos países con gastos más bajos pero que realizan un incremento en el gasto de salud generan una mejora considerable en el estado de salud de su población. Para el autor, ello evidencia que, además de la asignación presupuestaria, importa mucho la eficiencia de la administración pública en torno al servicio de atención de salud. Ello, por tanto, genera un crecimiento para el país y, es allí, en donde el modelo de APP se presenta como una opción útil para afrontar el endeudamiento, crisis y restricciones financieras del gobierno. De esta manera, con la unión y cooperación de las APP se promueve una mejora en la cobertura y calidad de los servicios, sobre todo, en torno a infraestructura y recursos.

Como parte de las mejoras en el campo de la salud, las APP mejoran la calidad del servicio brindado (Orellana, 2003). Ello debido a que los centros o instituciones públicas administradas por el Estado no presentan índices de calidad o evaluación concreta del cumplimiento de funciones del personal o penalidades por incumplimiento de estándares mínimos en la calidad de un servicio, mientras que el sector privado sí posee todo ello. En este caso, el sector privado complementa muy bien dichos desafíos y ausencia, puesto que la remuneración que recibe el ente privado depende netamente del servicio que ofrece y, por tanto, del cumplimiento de estándares de calidad y de ciertos indicadores.

En este sentido, es importante destacar que este modelo en el ámbito salud ha surgido debido a la falta de cumplimiento de los estándares mínimos en la calidad de servicio por parte de los centros de salud públicos, por lo que las APP representa una herramienta ya que fusiona las ventajas de la normativa que posee el sector público y los mecanismos que tiene el sector privado. En este sentido, las APP ofrecen servicios de salud con buena infraestructura, buen equipamiento y un personal de salud bien formado, además de promover una cultura de la calidad basada en la productividad y la eficiencia.

3.3. Las APP internacionales: España, Chile e Inglaterra

El presente acápite describe la experiencia internacional en el desarrollo de infraestructura y servicios de salud a través del esquema de APPs. En particular, se revisan las experiencias de España, Chile e Inglaterra y los respectivos modelos aplicados en cada caso, así como también las características particulares aplicadas en cada uno de ellos, los mecanismos de retribución al concedente, la distribución de riesgos y las principales características de los esquemas de financiamiento.

3.3.1 Experiencia de APPs en España

3.3.1.1 Antecedentes

El proceso de descentralización en el área de la salud en España, el cual se inició en el año 1981 y tuvo una duración de aproximadamente 20 años, ha transferido la totalidad de sus competencias a las denominadas Comunidades Autónomas (C.C.A.A.). Este proceso ha convertido a España en un referente mundial en temas de descentralización, demostrando una inversión del 50% del gasto público en la ejecución de proyectos de esta índole, los cuales son ejecutados a través de los parlamentos regionales. Del mismo modo, es prerrogativa de las C.C.A.A. la legislación y ejecución del gasto público en salud, higiene, coordinación hospitalaria, y seguridad social (Rebollo-Fuente, 2009). En este marco, es potestad de las

C.C.A.A. la implementación de modelos de APPs como mecanismo para el desarrollo de la infraestructura necesario en el campo de la salud.

3.3.1.2 Modelos aplicados en los proyectos españoles

Esquema de retribución al concesionario.

En cuanto al financiamiento de los proyectos de APPs en el sector hospitalario en España, este proviene principalmente de fuentes públicas, permitiendo llevar a cabo planes que posibiliten el repago de las inversiones, la operación y el mantenimiento. Solamente una mínima porción de estos proyectos proviene de la explotación de servicios o actividades complementarias y comerciales (Rebolledo-Fuente, 2009).

Una característica común importante de destacar en lo que respecta a los esquemas de retribución usados en el país europeo es la manera como se define una porción del pago exenta de riesgo, la cual, sin lugar a dudas, facilita el financiamiento de los proyectos. Otra característica común es la actualización de los valores monetarios asociados a los respectivos contratos de concesión, en función a la variación de precios y variación del PBI, entre otras variables.

Por otra parte, el esquema de financiamiento español se caracteriza por la utilización de dos modelos relacionados con el mecanismo de pagos empleado: a) el mecanismo de pago per cápita, y b) el mecanismo de pago por disponibilidad (Rebollo, 2009).

Mecanismo de pago per cápita

Este mecanismo es característico del modelo utilizado en Valencia, y se destaca por la integración de la provisión de los servicios sanitarios. Si bien el monto de pago se establece a partir de un valor unitario por cada ciudadano dentro de una población de referencia, es también posible medir los servicios y realizar retribuciones en función de la producción de estos (Rebollo, 2009). Por otra parte, un modelo más bien mixto

podría perfectamente retribuir en función de la disponibilidad de la infraestructura y el equipamiento. Este modelo contempla actualizaciones de las retribuciones pactadas en función de la variación de la población de referencia, variación del perfil epidemiológico de dicha población u otras variables que afecten el equilibrio económico del proyecto.

Algunas de las experiencias más destacadas en el uso de este modelo en las C.C.A.A. de Valencia y Castilla-león son las del Hospital de Alcira, hospital de Torreveja, hospital de Denia, hospital de Burgos, hospital de Manises y el hospital de Elche (Rebollo, 2009).

Mecanismo de pago por disponibilidad.

Este modelo, utilizado principalmente en Madrid y Baleares, se caracteriza por el pago a un concesionario en función de la disponibilidad de la infraestructura y el equipamiento; es decir, la retribución depende de los índices de fallo del servicio: áreas del fallo, tiempo de atención y solución del fallo, entre otros (Rebollo, 2009). Por ende, existiendo un tiempo de adecuación de la infraestructura, se establece un período de gracia para la aplicación de penalidades.

Dentro de las instituciones de salud españolas que se destacan por la utilización de este modelo en las C.C.A.A. de Madrid y Baleares se encuentran los hospitales de San Sebastián de los Reyes, Alcorcón, Vallecas, Majadahonda, Coslada, Parla, Valdemoro, Aranjuez, Arganda del Rey y el hospital Son Dureta, entre otros (Rebollo, 2009).

Por último, cabe señalar que, en el modelo de pago por disponibilidad, la provisión del servicio asistencial se encuentra a cargo del sector público.

Debido a razones políticas, existe una variación de los modelos descritos, en la cual la provisión del servicio médico asistencial es responsabilidad de una “empresa

pública gestora” en la cual se integra al operador privado con una participación mínima (Rebollo, 2009).

Características de la estructuración financiera.

En relación a las fuentes de financiamiento, las referidas al capital corresponden principalmente al aporte de los agentes privados, constructores y empresas del sector sanitario. En lo que respecta a la estructuración de la deuda, por otra parte, usualmente se accede a créditos de corto plazo de entre ocho y nueve años, y a créditos de largo plazo bajo esquemas de *Project-Finance*. Cabe señalar que antes de la crisis financiera mundial, el acceso al financiamiento podía alcanzar hasta del 90% de las necesidades de capital, con plazos de hasta 30 años; sin embargo, tras la crisis económica el acceso al financiamiento de proyectos no sobrepasa el 80% del capital requerido y los plazos máximos no superan los 20 años ((Rebollo, 2009).

Distribución de riesgos.

En los proyectos de APPs de hospitales en España, el Estado transfiere al contratista los principales riesgos del proyecto; tales como el riesgo constructivo y el riesgo de demanda (Rebollo, 2009)

3.3.1.3 El modelo Alzira del Hospital de La Ribera: características fundamentales

Dentro de los nuevos modelos de gestión en el área de la salud, (Marín & de-Rosa, 2007) describieron el "Modelo ALZIRA" como un estándar que responde al mecanismo de pago *per-cápita*, el cual se sustenta en dos ideas fundamentales: a) el modelo *per-cápita* permite prever el gasto en salud por parte de la administración pública; y b) el dinero sigue al paciente; es decir, el paciente posee la capacidad de escoger en qué centro de salud atenderse. Por ende, la empresa concesionaria tiene la obligación de pagar dicha atención en función de un tarifario establecido por la administración pública. En el caso que un ciudadano que no pertenece al ámbito de

adscripción del hospital decide hacer uso de sus instalaciones, la administración pública deberá reconocer el 80% de dicha atención según el mismo tarifario citado anteriormente.

3.3.2 Experiencia de APPs en Chile

3.3.2.1 Aspectos generales

En lo que respecta al tema del desarrollo de concesiones en Chile, el país es considerado un referente importante, destacándose principalmente en los sectores de transporte terrestre, infraestructura aeroportuaria e infraestructura penitenciaria. Asimismo, el sector salud, por otra parte, ha venido impulsando importantes proyectos de infraestructura hospitalaria; tales como el Hospital Maipú y el Hospital La Florida (Tapia-Hidalgo, 2013).

3.3.2.2 Modelos aplicados en el caso chileno

El modelo de APPs para el sector salud en Chile corresponde al de “bata gris”; es decir, no contempla la provisión de servicios médicos asistenciales. Sin embargo, este sí abarca el desarrollo de las inversiones, así como en la mayoría de los casos cubre los servicios de mantenimiento, y servicios complementarios (Tapia-Hidalgo, 2013).

3.3.2.3. Esquema de retribución al concesionario

En relación al esquema de retribución al concesionario, el Gobierno Chileno utiliza un mecanismo basado en dos subsidios fijos. El primero, destinado al pago de las inversiones realizadas, y que se lleva a cabo en cuotas anuales por un plazo de ocho años. Un segundo subsidio que retribuye al concesionario por los servicios de mantenimiento de la infraestructura, equipamiento y la provisión de los servicios de apoyo no clínicos; tales como, alimentación, lavandería y limpieza. Este segundo subsidio es pagado semestralmente por un plazo de 15 años. Cabe señalar que estos montos son utilizados como factor de competencia durante el proceso de licitación.

Otros conceptos de pago considerados en los procesos referidos, corresponden al desarrollo de modificaciones, incremento de camas, ampliaciones de la oferta de servicios. Asimismo, se consideran mecanismos de incentivo en función de la calidad resultante de los servicios (Tapia-Hidalgo, 2013)

3.3.2.4 Características de la estructuración financiera de los proyectos de APPs.

La estructuración financiera de los proyectos de APPs de hospitales, está basada en las garantías de ingresos provistas por parte del Estado, lo que facilita el cierre financiero de los proyectos (Tapia-Hidalgo, 2013).

3.3.2 *Experiencia de APPs Inglaterra*

3.3.2.1 Aspectos Generales

El Reino Unido es uno de los pioneros en el desarrollo de proyectos de APPs en el sector salud a nivel mundial. A junio del 2009, se registró una cantidad de 220 proyectos de hospitales con un monto agregado de inversión de £12,430 millones y 51 proyectos de centros de atención primaria con un monto agregado de inversión de £1,018 millones. (Millan, 2009). Inglaterra impulsó y continúa impulsando de manera importante el desarrollo de proyectos bajo esta modalidad de contratación en diversos sectores, siendo una de sus estrategias planteadas la estandarización de los procesos, a fin de reducir los tiempos y costos de transacción. No obstante, esta estandarización no ha quedado exenta de limitaciones, especialmente a nivel de hospitales, debido a la alta complejidad de los mismos, particularmente en las etapas de estructuración de los procesos. Sin embargo, esta situación no se observa en los centros de atención primaria, donde tal parece ser que los procesos de estandarización son más recurrentes dado el menor nivel de complejidad de estos (Millan, 2009).

3.3.2.2 Modelos aplicados en el caso inglés

El modelo de APPs aplicado al sector salud en el Reino Unido corresponde a un esquema Private Finance Initiative (PFI), por medio del cual se contrata a un operador privado para reconstruir o reemplazar una infraestructura existente y darle mantenimiento en un plazo de entre 20 y 30 años (Health Research Institute - PWC, 2010). En este modelo, la autoridad contratante es el Fideicomiso del Servicio Nacional de Salud; entidad encargada de gestionar el o los hospitales o centros de salud correspondientes.

Por otra parte, el modelo de APPs aplicado por el Reino Unido en el sector salud corresponde al de “bata gris”. A pesar que el modelo no contempla la provisión de servicios asistenciales, este sí contempla la generación de ingresos adicionales a través de actividades comerciales, las cuales contribuyen, aunque mínimamente, al financiamiento de los servicios principales (Millan, 2009).

En cuanto a los terrenos dispuestos para la edificación de los hospitales, estos son provistos por el Estado, quien a su vez los arrienda al operador privado y este, a su vez, los alquila de vuelta a la Autoridad.

3.3.2.3 Esquema de retribución al concesionario

El mecanismo de pago aplicado a los proyectos de APPs de hospitales y centros médicos de Inglaterra está basado en la denominada “prestación completa de servicios”, en la cual se define un pago único con la premisa de que el servicio será prestado en un nivel de calidad y oportunidad óptimos. El modelo se complementa con deducciones potenciales basadas en criterios de disponibilidad y desempeño, las cuales, podrán disminuir el pago al contratista (Millan, 2009).

3.3.2.4 Mecanismos de financiamiento y estructuración financiera

En relación a los mecanismos de financiamiento para los proyectos de APPs ingleses, cabe destacar el grado de evolución que estos han alcanzado a través del tiempo, dado que, en sus inicios, estos se realizaban a través de deudas bancarias que alcanzaban plazos máximos de 23 años. Esta modalidad dio posteriormente paso al uso de bonos para cubrir proyectos de gran envergadura, tales como los de financiamiento de hospitales. Estos bonos permitían acceder a mejores condiciones de apalancamiento, alcanzando plazos de hasta 30 años (Millan, 2009).

3.3.2.5 Distribución de riesgos

La experiencia inglesa en la estructuración de proyectos de APPs en el sector salud ha demostrado que, a pesar de los intentos por transferir la mayor parte del riesgo a los contratistas, riesgos tales como los cambios en la reglamentación y la obsolescencia técnica, éstos tendieron a mantenerse en el estado (Barlow & Köberle-Gaiser, 2009). En relación al riesgo de la demanda o riesgo de variación de los ingresos futuros, éste es mínimo y sólo corresponde a algunos servicios complementarios.

3.4. Las APP en Perú

En países como México, se decidió desarrollar un Sistema de Hospitales de Alta Especialidad (HRAE), a través de los contratos APP. En diciembre del 2005 se inició una concesión por un periodo de 25 años e involucra el equipamiento, financiamiento, construcción y gestión de servicios no asistenciales con el objetivo de cubrir la brecha de 2.5 millones de personas. Asimismo, en Chile, la primera APP en el sector Salud empezó en el año 2004 para el Complejo Hospitalario Salvador, y se ha incorporado al sector privado para el diseño, construcción, provisión y montaje del equipamiento industrial, mantenimiento y prestación de

servicios no clínicos. Brasil, por su parte, la primera APP en salud es el “Hospital do Subúrbio”. Dicho hospital, ha realizado más de 1.8 millones de procedimientos clínicos desde su inauguración en 2010 y ofrece servicios de salud de primera necesidad a las familias pobres. El concesionario es responsable del equipamiento, mantenimiento y operación de los servicios clínicos y no clínicos del hospital por un periodo de diez años (Bravo, 2013).

El Perú es uno de los pocos países que cuenta con un marco normativo específico para las Asociaciones Público-Privadas, a través del Decreto Legislativo N° 1012, publicado el 13 de mayo del 2008, se aprobó la Ley Marco de APP para la generación de empleo productivo y dicta normas para la agilización de los procesos de promoción de la inversión privada. Sin embargo, el desarrollo de las APP en Perú se ha realizado sobre un marco normativo compuesto por diversas normas emitidas desde el año 1991, las cuales han sido modificadas en diversas oportunidades con el fin mejorar el entorno para la promoción de la inversión privada en infraestructura y servicios públicos. Por ejemplo, el Decreto Legislativo N° 674, Ley de Promoción de la Inversión Privada de las Empresas del Estado, publicado en febrero de 1991, declaró de interés nacional la promoción de la inversión privada en el ámbito de las empresas que conforman la actividad empresarial del Estado. La Ley N° 28059, Ley Marco de Promoción de la Inversión Descentralizada, publicada en agosto de 2003, establece el marco normativo para la promoción de la inversión de manera descentralizada como herramienta para lograr el desarrollo integral, armónico y sostenible de cada región (Tesina, 2013).

Dada la diversidad de normas que regulan la inversión privada mediante APP y proyectos activos, se emite el Decreto Legislativo N° 1224 que aprueba la Ley Marco de Promoción de la Inversión Privada mediante APP y Proyectos en Activos, publicada en el 2015, es la norma que unifica las reglas para la promoción de la inversión privada en el país mediante APP y

Proyectos en Activos, estableciendo principios para el desarrollo de los proyectos de inversión, la aplicación transversal del Sistema Nacional de Promoción de la Inversión Privada, la identificación de roles y funciones de las entidades públicas que intervienen, y los procedimientos especiales para el desarrollo de los proyectos.

Según Tesina (2013), el cambio normativo está vinculado a la estabilidad jurídica en materia de inversión y demuestra el desarrollo y madurez de un marco regulatorio en APP para una mejor claridad en el marco normativo, con el objetivo de mejorar el clima de inversión en el país, reduciendo los riesgos regulatorios que tiene la complejidad del marco normativo actual. Además, como es una característica esencial que las APP generen contratos de largo plazo, su duración depende de factores como la vida útil del proyecto u otras características de cada APP. En tal sentido, el artículo 19 del Decreto Legislativo establece que los proyectos bajo la modalidad de APP se otorgan bajo el plazo de vigencia que se indica en el contrato, y que no excede de sesenta años; asimismo, se dispone que el plazo de vigencia se inicia en la fecha de suscripción del contrato.

EsSalud fue la primera institución en promover proyectos de inversión en el sector salud a través de un modelo de APP que incluye servicios de doctores y enfermeros, en donde además de promover la infraestructura y el equipamiento, incluye servicios de asistencia y administración. El modelo ha mostrado mejoras en la calidad de los servicios y en cuanto a la eficiencia se ha reducido los tiempos de espera, mostrando indicadores de satisfacción de los usuarios superiores al 80%.

En el 2008, ESSALUD generó estrategias con el objetivo de mejorar su infraestructura y los servicios de salud. Por lo tanto, se incentivó la participación del sector privado mediante la inversión y la provisión de un servicio asistencial, a través de la modalidad contractual de APP.

El sector privado se involucró en el diseño total de los proyectos, así como en la construcción de infraestructura y en los servicios asistenciales y prestaciones de salud. ESSALUD es la primera institución del Perú en promover proyectos de inversión en el sector mediante la modalidad de Asociaciones Público-Privadas. Hasta el 2013, había suscrito cuatro contratos de APP con sociedades operadoras que cuentan con la participación de inversionistas privados nacionales e internacionales. Estos hospitales son los denominados de “bata blanca”, que significa que el Operador promueve infraestructura, equipamiento, servicios asistenciales y administrativos para que el centro de salud funcione de manera autónoma (Bravo, 2013).

Así, ESSALUD, hacia el 2009, en el marco de su programa de APP, ha desarrollado proyectos de inversión bajo la modalidad de APP y se ha podido construir y brindar servicios de salud a la población de Lima y Callao en los siguientes hospitales con nivel III de resolución (hospitales de alta especialidad). De acuerdo con el World Bank (2012), estos contratos deberán operar en un plazo de 30 años; luego de ello, estos serán transferidos a ESSALUD.

Estos son los siguientes:

- Hospital III Callao (“Alberto Barton Thompson”) y Centro de Atención Primaria: se integró a la Red Asistencial Sabogal y atiende anualmente a más 250 mil asegurados.
- Hospital III Villa María del Triunfo (“Complejo Hospitalario Guillermo Kaelin”): se integró a la Red Asistencial Rebagliati, y atiende anualmente a 250 mil asegurados.

CAPITULO 4. MARCO TEORICO

4.1. Calidad de Servicio y modelos de medición

Entender los conceptos de servicio y calidad del servicio son claves para comprender los objetivos y las características de los modelos de medición. En términos más generales, el servicio es definido como “un tipo de bien económico y todo el que trabaja y no produce bienes se supone que produce servicios” (Fisher y Navarro, 1994, p. 185). También, es definido como otros autores como “el conjunto de actividades, beneficios o satisfactores que se ofrecen para su venta o que se suministran en relación con las ventas” (Fisher y Navarro, 1994, p. 175).

Los esfuerzos actuales por mejorar la prestación de servicios de salud a nivel mundial han puesto de manifiesto que la calidad es un valor fundamental e intrínseco. La calidad tiene en cuenta la perspectiva del usuario final y su satisfacción con el servicio que recibe, y es él quien determina el nivel del servicio en un marco de mejora continua (Asif, 2015).

Por lo tanto, la calidad de servicio es la percepción que tiene el cliente sobre el servicio que recibe (Zeithaml y Bitner, 2010). Esta se obtiene de la diferencia que se produce entre las expectativas que tenía el usuario antes de recibir el servicio y el desempeño al recibirlo. Los usuarios perciben la calidad de servicios separando la información que reciben en diferentes dimensiones. En primer lugar, está la fiabilidad, definida como la habilidad de ofrecer un servicio de confianza y fiable; en segundo lugar, la capacidad de respuesta, que es proporcionar un servicio rápido; en tercer lugar, la seguridad, definida como la amabilidad de los empleados que inspiran confianza; en cuarto lugar, la empatía, caracterizada por la atención individualizada que la compañía ofrece a sus usuarios; y, por último, aspectos tangibles, cómo el equipamiento o la apariencia física del personal que atiende.

Por ello, es importante la implementación de estrategias de gestión de la calidad debido a que representa un factor clave para alcanzar el éxito en las organizaciones de salud. En este contexto, la satisfacción del usuario es un indicador de la calidad del servicio, siendo el resultado de la interacción del usuario con el servicio, y está relacionada con diversos factores como la atención, la empatía, la credibilidad y la capacidad de respuesta. El tema de la calidad del servicio es muy rico en el contexto de definiciones, modelos y cuestiones de medición, por eso la importancia de implementar estrategias para medir la calidad y explorar las diferentes dimensiones de infraestructura, eficiencia o equipamiento mínimo dentro de los hospitales (Seth et al., 2005).

La calidad de los servicios sanitarios es aún más difícil de definir y medir que en otros sectores. Las características distintivas de la industria de la salud, como la intangibilidad, la heterogeneidad y la simultaneidad, dificultan la definición y medición de la calidad. El servicio de atención médica es un producto intangible y no se puede tocar, sentir, ver, contar ni medir físicamente como productos manufacturados. La producción de bienes tangibles permite medidas cuantitativas de calidad, ya que se pueden muestrear y probar su calidad durante todo el proceso de producción y en su uso posterior. Sin embargo, la calidad del servicio de salud depende del proceso del servicio y de las interacciones entre el cliente y el proveedor de servicios. Algunos atributos de la calidad de la atención médica, como la puntualidad, la coherencia y la precisión, son difíciles de medir más allá de una evaluación subjetiva por parte del cliente (Mohammad et al., 2014).

Según Schuster et al. (1988), la buena calidad de la atención médica significa “brindar a los pacientes los servicios adecuados de una manera técnicamente competente, con buena comunicación, toma de decisiones compartida y sensibilidad cultural” (Mohammad et al., 2014). Para Lohr, la calidad es “el grado en que los servicios de atención médica para las

personas y la población aumentan la probabilidad de obtener los resultados de atención médica deseados y es consistente con el conocimiento profesional actual” (Mohammad et al., 2014)

Por lo tanto, si seguimos aplicando el concepto en la calidad de servicio, en los hospitales, se presta más atención a la forma en que los pacientes perciben su experiencia, una experiencia basada en la atención técnica, diagnóstico y procedimientos terapéuticos. Por ejemplo, medicamentos correctos y atención rápida en el área de emergencia son puntos clave para generar una percepción adecuada de la calidad del servicio (Kenagy, 1999).

Muchos estudios, como el SERVQUAL, ayudan a mejorar las prácticas existentes para una gestión eficaz de los servicios de salud, a pesar de enfrentar desafíos, este estudio ayuda a considerar, de manera general, las dimensiones de la calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, la disponibilidad, asequibilidad, el proceso de atención y los resultados de evaluaciones médicas a los pacientes. De manera más específica, otro estudio que mide la calidad de los servicios hospitalarios y la confianza de los pacientes en el personal de enfermería han demostrado algunos retos y dificultades, es el HEALTHQUAL (Nemati et al, 2020).

Así, tras estos estudios, se concluye que la confianza en el personal de salud, como caras principales de la prestación del servicio, son importantes para generar confianza y satisfacción con los clientes. Por lo tanto, se exige desarrollar algunas características profesionales con el objetivo de reforzar su accionar dentro de los centros de salud. Su impacto tiene que ser positivo para la percepción que tendrán de la calidad del servicio y la confianza de los pacientes dentro de los hospitales (Nemati et al., 2020). Es decir, las relaciones que se establecen entre los usuarios y las enfermeras son muy amplias; por ello, las expectativas de los pacientes respecto a las enfermeras son mucho mayores que las de otros empleados y suelen exigir servicios de alta calidad. La confianza es el factor más importante en la formación

de relaciones entre pacientes y enfermeras, con numerosos efectos positivos en la mejora de los pacientes y el aumento de la eficacia del tratamiento (Nemati et al., 2020).

Es difícil reproducir servicios de salud consistentes. Los servicios de salud pueden ser diferentes entre sus productores, clientes o lugares. Esta "heterogeneidad" puede ocurrir porque diferentes profesionales, como médicos o enfermeras, prestan el servicio a pacientes con necesidades diversas. Los profesionales de la salud brindan servicios de manera diferente porque los factores varían, como la experiencia o las habilidades individuales. Los servicios de salud se producen y consumen simultáneamente. Esto dificulta el control de calidad porque el cliente no puede juzgar la "calidad" antes de la compra y el consumo (Lohr K, 1991).

La asistencia sanitaria de calidad es un concepto subjetivo, complejo y multidimensional. Donabedian definió la calidad de la atención médica como el poder aplicar la ciencia y la tecnología médica para poder potenciar su aporte a la salud y reducir el riesgo (Mohammad, 2014). Distingue tres componentes de la calidad: 1) calidad técnica, 2) calidad interpersonal y 3) amenidades. La calidad técnica se relaciona con la eficacia de la atención para producir beneficios de salud alcanzables. La calidad interpersonal se refiere al grado de acomodación de las necesidades y preferencias del paciente. Las comodidades incluyen características como la comodidad del entorno físico y los atributos de la organización de la prestación del servicio (Mohammad, 2014).

4.2. Lealtad

La calidad en el servicio ha obtenido un reconocimiento cada vez mayor en los últimos años, ya que cada vez más organizaciones la integran en las prestaciones de servicios. La calidad en el servicio se considera ahora un factor de éxito y demuestra que conduce a experiencias

positivas de los clientes, lo que se traduce en un aumento de la lealtad y de la creación de valor (Bates et al., 2003).

Por otro lado, es importante mencionar si la lealtad de los usuarios influye de manera directa a la satisfacción del usuario. Esto puede ayudar a entender, desde el punto de vista del usuario, los mecanismos que conducen a emitir juicios determinantes, en base a su experiencia, en la formación de conductas posteriores (Oliver et al., 1997).

La satisfacción y la lealtad son puntos centrales cuando se habla sobre el comportamiento del consumidor (Frasquet et al., 2001). Por ejemplo, Taylor (1997) considera que la satisfacción es un elemento de medida de la lealtad, junto con las intenciones de volver a comprar y de recomendar.

La satisfacción se ha definido como resultado de un proceso de comparación entre la performance y algún estándar previamente pensado o visto (Oliver, 1997). El performance, es un estado subjetivo sobre la percepción que tiene el individuo de los resultados de una transacción. Esta valoración protagoniza y contribuye a explicar los juicios de satisfacción.

Por otro lado, la lealtad es una promesa del individuo referida a su comportamiento que conlleva la probabilidad de realizar compras futuras o reduce la posibilidad de cambio a otra marca o proveedor del servicio (Moliner, 2011). Por lo tanto, la satisfacción que experimenta el usuario aumenta la probabilidad de repetir la compra o incrementar el gasto, es decir, tiene una conducta positiva frente al servicio que está recibiendo y se reduce la probabilidad de cambiar de establecimiento o proveedor (Moliner, 2011).

La lealtad del cliente se define como la conducta repetida de adquisición de un producto o servicio, debido a actitudes favorables o a la toma de decisión de un proceso evaluativo (Jacoby y Kyner, 1973). La lealtad se puede describir desde un punto de vista actitudinal, es

decir; en el caso de la prestación de servicios de salud, la mayor o menor predisposición a recurrir a un determinado hospital cuando surge la necesidad depende de la forma de atención recibida anteriormente o de las expectativas por información acumulada previamente.

Trabajos como el de Dimitriades (2006) o Fullerton (2005) reconocen el efecto que tiene la calidad del servicio sobre los clientes y el grado de compromiso, por lo que podría contemplarse como variable para la formación de la lealtad. Por otro lado, se podrían incorporar como determinantes de la lealtad algunas características más tangibles, como la infraestructura en su totalidad (Turley y Milliman, 2000).

Los estudios centrados en la lealtad de los clientes se han basado en modelos en los que la satisfacción es el único antecedente. Por ejemplo, Fisk et al. (1990) y Piper (2005) defienden la necesidad de que los hospitales busquen la satisfacción y la lealtad del paciente, al igual que hacen las empresas privadas (Choi et al., 2004). La calidad del servicio es un antecedente del valor, de la satisfacción y de las intenciones, mientras que el valor es un antecedente de la satisfacción y de la intención de comportamiento (Nemati et al., 2020). Por ello, es fundamental estudiar la lealtad desde el punto de vista de la actitud, y más concretamente, del grado de compromiso que tiene un paciente con su hospital (Hennig-Thurau et al., 2002; Moliner et al., 2005).

Otro componente principal para establecer relaciones de lealtad son las relaciones de cumplimiento de las promesas (Gronroos, 1990), de modo que si una promesa no se cumple el paciente no volverá a visitar el hospital, por lo que la relación llegará a su fin. Oliver (1999) considera que la lealtad es un compromiso y este es definido como el nivel más alto del vínculo relacional (Dwyer et al., 1987). El compromiso entre ambas partes surge cuando una de ellas considera que su relación con la otra es tan importante que merece la pena dedicar el máximo

esfuerzo para mantenerla indefinidamente (Dwyer et al., 1987; Moorman et al., 1992; Morgan y Hunt, 1994; Gundlach et al., 1995).

Finalmente, cabe agregar, que el factor "personal sanitario" impacta positivamente en la lealtad, es decir, médicos, enfermeras y técnicos; y el administrativo (es decir, el personal no sanitario) son continuamente seleccionados y formados para proporcionar servicios sanitarios preventivos y de buena calidad. Todos estos factores repercuten positivamente en la satisfacción de los usuarios, mejorando su percepción del servicio y la intención de volver a utilizarlo. La asociación entre eficiencia y lealtad es que, si se presta un servicio eficiente, aumenta la lealtad del paciente (Moliner y Berenguer, 2011).

4.3. Escalas de medición de la calidad en el servicio

4.3.1. Escala SERVQUAL

El SERVQUAL se ha empleado constantemente para la evaluación de calidad de muchos tipos de servicio; sin embargo, en el caso del sector salud, se ha empleado como un instrumento con alta validez y fiabilidad (Lam, 2001). Fue propuesto por Parasuraman et al. (1985), basado en las ideas de Myers (1969) e investigaciones sucesivas en torno al concepto de calidad de servicios sanitarios (Shahin et al., 2014; Myers, 1969; Lee et al., 2017). Parasuraman et al. (1988; 1990) posicionó este modelo SERVQUAL como aquel que considera las percepciones de la calidad frente a las expectativas del servicio (Shahin et al., 2014). Este modelo se encarga de identificar y describir las principales actividades o servicios que desarrolla una organización que influyen en la percepción de las personas que reciben el servicio. Se trata de un modelo de calidad del servicio basado en el análisis de brechas (Parasuraman et al., 1985) entre los servicios que se ofrecen y el cumplimiento de la calidad de este servicio y, por tanto, satisfacción del cliente (Ghobadian et al., 1994).

A esto se le considera un tipo de análisis de brechas, teniendo en cuenta a la brecha como un obstáculo entre la calidad del servicio y la satisfacción de cliente (Yusoff et al., 2008; Ghobadian et al., 1994) y, en este caso, la brecha que evaluaría el SERVQUAL sería un cálculo entre las “expectativas del servicio ofrecido” (E) y las “percepciones del cliente sobre el servicio recibido” (P) (Shahin et al., 2014; Shahin, 2006; Shahin y Samea, 2010). Entonces, tendríamos una ecuación simple de “ $P - E = \text{Calidad en el servicio}$ ”. De esta manera, si la diferencia sale negativa, tendríamos un escenario de insatisfacción; de lo contrario, tendríamos satisfacción y, por tanto, calidad en el servicio.

Se debe agregar que, acorde a Al Borie y Sheikh Damanhour (2013), este instrumento ha sido implementado y elogiado en el área de marketing. Sin embargo, ha podido ser implementado en las áreas de salud, negocios, transporte, limpieza, cadenas de comida rápida, redes sociales, banca, servicios públicos y hasta en cadenas minoristas (Sahin et al., 2011).

El SERVQUAL ha sido la herramienta idónea para brindar una evaluación al servicio hospitalario como una escala multidimensional (Lam, 2001), cuyo número de dimensiones aún sigue en discusión y depende del enfoque del investigador que lo aplique acorde al contexto (Abu-El Samen et al., 2013; Vaughan y Woodruffe-Burton, 2011). En principio, se plantearon diez dimensiones: tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, acceso, comunicación y comprensión. Luego, se plantearon ocho dimensiones: tangibles, capacidad de respuesta, empatía, seguridad, confiabilidad, acceso, aspecto financiero y competencias de los empleados. Finalmente, la mayoría de evaluaciones, actualmente, concentran esta escala multidimensional en cinco dimensiones: tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Pakurar, 2019). Vale agregar que, en su gran mayoría de veces implementado, el instrumento SERVQUAL emplea una escala Likert de cinco o siete puntos (Barabino et al., 2012), dependiendo de la mirada del

investigador. Se trata de abordar la calidad del servicio como un concepto multidimensional que es evaluado y percibido por consumidores o personas que reciben el servicio (Mauri et al., 2013; Pakurar, 2019).

Debido a que el instrumento SERVQUAL ha sido y sigue siendo, universalmente, aplicado para evaluar calidad de servicio entorno a la idea de generación de satisfacción, este es el instrumento que, por lo menos, tiene una estandarización respecto a los ítems de sus dimensiones. A continuación, Lai et al. (2007) generan la siguiente codificación, en donde, para fines del presente estudio, se seleccionará la descripción de los ítems de las cinco dimensiones seleccionadas por Pakurar (2019):

Tabla 4. Instrumento SERVQUAL

Dimensión	Código	Ítem
Tangibilidad	T1	Tiene equipo actualizado
	T2	Las instalaciones físicas son visualmente atractivas
	T3	Los empleados están bien vestidos y lucen prolijos
	T4	La apariencia de las instalaciones físicas está de acuerdo con el tipo de servicios prestados
	T-Ca	Calidad general de la empresa X en áreas tangibles, como equipos y apariencia.
	T-Rb	Calidad general de la empresa Y en áreas tangibles, como equipos y apariencia
Confiabilidad	F1	Cuando promete hacer algo, lo hace
	F2	Sea comprensivo con los clientes y muestre un interés sincero en resolverles sus problemas
	F3	Sea confiable
	F4	Brinda servicios en el momento que promete
	F5	Mantiene la declaración con precisión
	F-Ca	Fiabilidad general del servicio de la empresa Xc
	F-Rb	Fiabilidad general del servicio de la empresa Yc

Capacidad de respuesta	S1	La información de servicio relacionada se puede obtener fácilmente
	S2	Los empleados pueden servirle de inmediato
	S3	Los empleados siempre están dispuestos a ayudarlo.
	S4	Los empleados pueden responder rápidamente a sus solicitudes incluso cuando están ocupados
	S-Ca	Capacidad de respuesta general del servicio de la empresa X
	S-Rb	Capacidad de respuesta general del servicio de la empresa Y
Seguridad	G1	Se puede confiar en los empleados
	G2	Se siente seguro al hacer negocios con la empresa.
	G3	Los empleados son educados
	G4	Los empleados obtienen el apoyo adecuado de la empresa para hacer bien su trabajo
	G-Ca	Garantía de servicio global de la empresa X
	G6-Rb	Garantía de servicio global de la empresa Y
Empatía	E1	Se puede esperar que los empleados brinden atención personal e individual
	E2	Los empleados conocen sus necesidades
	E3	Los empleados se preocupan por sus mejores intereses
	E4	La empresa tiene horarios de funcionamiento convenientes para todos.
	E-Ca	Empatía general de la empresa X
	E-Rb	Empatía general de la empresa Y
Nota: a es un elemento de Criterio; b es la percepción de la calidad del servicio de la competencia; c es la empresa X es nuestro foco de estudio, mientras que la empresa Y es su principal competidor.		

Fuente: Lai et al. (2007); Pakurar (2019).

El modelo SERVQUAL emplea tres cuestionarios para medir los ítems mencionados con anterioridad. El primero de los cuestionarios se enfoca en indagar sobre la importancia de las dimensiones de calidad de servicio, mientras que los otros dos se componen de todos los ítems que se mencionan en el cuadro precedente, uno enfocado en las expectativas y el otro en las percepciones (Calvo de Mora et al., 2021). Asimismo, se debe mencionar que dentro de los

cuestionarios no se consideran los ítems que miden el nivel general de la empresa X y los que miden el nivel general de la empresa Y.

4.3.2. Escala HEALTHQUAL

Con un panorama de presión hacia la mejora de la calidad de los servicios hospitalarios, es imperante contar con una herramienta completa de evaluación. La gestión de la calidad del servicio brindado por los hospitales implica considerar tanto la mejora en la satisfacción del paciente como en la satisfacción de los empleados (Lee, 2016; Babakus et al., 2004; Hau et al., 2016; Zendehtalab et al., 2020), teniendo en cuenta que hay una gran influencia de parte de la satisfacción de los empleados de salud que brindan el servicio directamente al paciente en la calidad del servicio (Hartline y Ferrell, 1996; Lee et al. 2012, 2013). Frente a ello, el HEALTHQUAL se presenta como un instrumento que mide, específicamente, la calidad de los servicios de salud (Mosadeghrad, 2012). Se trata de una herramienta novedosa de evaluación de la calidad de los servicios hospitalarios con un enfoque eficiente e integral que recopila información en torno a la atención del usuario (Nemati et al., 2020) y que evalúa la satisfacción de tanto los empleados como los usuarios, así como la lealtad de los usuarios hacia los centros hospitalarios (Ramli, 2019; Oluma et al., 2019).

Por mucho tiempo, se empleó SERVQUAL como instrumento de evaluación para la calidad de servicio hospitalario (Nemati et al., 2020); sin embargo, dicho instrumento se desarrolló no solo para el sistema de salud, sino que se empleó para otros servicios de cualquier tipo de empresa u organización (Nemati et al., 2020; Mosadeghrad, 2012).

Recientemente, el HEALTHQUAL se presenta como un instrumento desarrollado como una adaptación del SERVQUAL (Miranda et al. 2010). Fue introducido por Myers (1969) y, presentado como una escala multidimensional, ha evolucionado a través del tiempo acorde a

los diferentes contextos en los que se ha podido aplicar (Bowers et al., 1994; Scobie et al., 2006; Evans y Lindsay, 2009; Lee et al., 2011, 2013). Se trata de una herramienta que busca generar una implementación correcta del servicio y su mejora continua para, así, asegurar la satisfacción del público que lo recibe, además de mantener al personal hospitalario cuyo desempeño es sólido durante la implementación del servicio (Leebov et al., 2003). Además, pretende ser una herramienta eficiente que maximice el beneficio de la oferta de salud y, a su vez, genere la satisfacción en la percepción de quienes lo reciben (Donabedian, 1980; Lee 2017), dando frente al hito de la calidad del servicio desde la opinión de los pacientes (Shafiq et al., 2017; Izadi et al., 2017).

En ese marco, Naidu (2009) propone que hay una relación significativa entre calidad del servicio de atención médica y la satisfacción del paciente que lo recibe. Esta satisfacción del paciente pasará si las expectativas y requisitos del servicio esperado por el paciente coinciden con la calidad del servicio hospitalario (Chahal y Kumari, 2010). Las dimensiones para esta escala multidimensional HEALTHQUAL son las mismas planteadas para el SERVQUAL: tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Con el estudio de Chaniotakis y Lympelopoulos (2009), se pudo dar cuenta que las dimensiones de calidad del servicio de atención hospitalaria tienen un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente y sobre sus decisiones futuras de regreso o fidelidad. Este estudio fue aplicado en el sur de India y se descubrió un alto nivel de relación positiva en esta relación, en donde la dimensión de empatía fue la de mayor impacto, además de ser el principal factor que influye en el regreso del paciente al hospital por su alto nivel de satisfacción respecto al servicio (Ramez, 2012; Aliman y Mohamad, 2013; Amin y Nasharuddin, 2013).

Todo ello posiciona el HEALTHQUAL como un instrumento que considera tanto la necesidad como las expectativas y percepción del cliente respecto al servicio hospitalario y, así, generar

una mejora en el servicio que se brinda considerando, a su vez, al personal calificado y encargado de proveer el servicio hospitalario. Así, el HEALTHQUAL (también conocido como HCSQ) se considera como la herramienta de medición adecuada para la evaluación de la calidad de los servicios de salud (Nemati et al., 2020; Mosadeghrad, 2012) pues es única y exclusivamente desarrollada para los servicios hospitalarios. Entonces, se puede afirmar, concretamente, que el HCSQ comprende evaluar la calidad del servicio a partir de la satisfacción de los pacientes como del personal del hospital que brinda el servicio (Babakus et al., 2004; Hau et al., 2016). Ello debido a que la calidad de la atención del paciente se encuentra relacionada a la calidad de atención que brindan los empleados (Lee et al., 2012, 2013).

Finalmente, respecto al HCSQ como instrumento de evaluación, se aplica de distinta manera de acuerdo tanto al criterio del investigador como del contexto en el que se encuentra su caso de estudio (de acuerdo a región, si se trata del hospital en su totalidad o una de sus unidades de servicio de atención hospitalario, etc.). Por tanto, sus ítems de medida se aplicarán distintamente, ya que no existen ítems de medida estandarizados (Lee et al., 2012). Con más detalle, el HCSQ puede ser difícil de medir dadas las características particulares del servicio brindado y las consideraciones éticas del centro hospitalario (Lee et al., 2012). Además, el HCSQ considera que el nivel de percepción del paciente varía antes y después de la atención; es decir, hay un proceso primario de atención, un tratamiento posterior y, finalmente, los resultados en el paciente (Lee et al., 2012).

4.4. Excelencia en el servicio

Teniendo en cuenta que la calidad del servicio busca la satisfacción del cliente (o paciente, en este caso) con la atención o servicio recibido (Gouthier et al., 2012; Calvo de Mora et al., 2021), la excelencia en el servicio comprende un componente sistémico; es decir, pretende que la experiencia de buena de atención o servicio recibido sea constante (Berry et al., 1994;

Gouthier et al., 2012; Wirtz y Johnston, 2003; Lytle et al, 1998). Con ello, la excelencia en el servicio pretende una atención o servicio acorde a un enfoque estructural que abarque no solo la contratación de personal calificado, sino de un sistema de servicio organizado y estructurado que responda a un sistema de gestión diseñado con rutinas y procesos para, así, generar un buen servicio que sea sostenible y se mantenga constante (Asif, 2015; Lytle et al., 1998; Gouthier et al., 2012).

Este componente sistémico responde a la mejora del sistema que engloba los diferentes servicios de atención; un sistema que brinda el soporte básico y necesario para la oferta de un servicio de calidad continuo (Lytle et al., 1998). Un problema en el servicio brindado puede responder tanto a un trato no adecuado o calificado del empleador como de alguna carencia o falla de algún recurso (equipos, infraestructura), problemas en la organización del personal, incumplimiento de la rutina, una falta al proceso diseñado, entre otros, que, juntos responden a todo un sistema de atención. Es allí donde la excelencia en el servicio se ubica promoviendo una praxis organizada y estructurada para, por tanto, asegurar el enfoque sistémico (Asif et al., 2013) que permita una evaluación completa y constante mejora e innovación (BCPE, 2011).

Un segundo elemento de la excelencia en el servicio reside en el deleite generado en el cliente (o paciente, en este caso), traducido en superar las expectativas de este (Asif, 2015). Este último elemento que compone la excelencia en el servicio, considerado como deleite difiere de lo que significa generar satisfacción en el cliente, ya que, no se trata de responder a una necesidad, sino de superar expectativas (Berman, 2005). Se trata de generar un impacto fuerte que vaya más allá de satisfacer la necesidad; se trata de generar emociones y sentimientos intensos respecto a no solo el personal, sino a toda la organización y sus servicios en general, en donde se pueda promover la fidelidad del cliente o paciente (Gouthier et al., 2012). Ello teniendo en cuenta que generar la satisfacción de un cliente no asegura su retorno (Schneider

y Bowen, 1999; Reichheld, 1996). Hoy en día, muchas organizaciones pretenden una excelencia en el servicio que genere una mayor lealtad, confianza y creación de valor en los clientes y, así, asegurar y sostener experiencias de éxito con los servicios recibidos (Bates et al., 2003; Asif, 2015).

En ese sentido, la excelencia en el servicio reside, centralmente, en encantar o deleitar al cliente (o paciente, en este caso) (Dube y Menon, 1998; Johnston, 1995, 2007; Schneider y Bowen 1999; Oliver et al., 1997). Puede estar relacionado al placer formado en el cliente o paciente respecto al servicio recibido (Oliver et al. 1997). Se trata de influenciar en las emociones de las personas, teniendo en cuenta que se pretende influenciar en sus intenciones de retorno y lealtad (Schneider y Bowen, 1999). De esta manera, la excelencia de un servicio que genere el deleite suficiente será aquel que sobrepase las expectativas del cliente o paciente entre lo que no esperaba y recibió (Asif, 2015; Berman, 2005) para, así, generar la fidelidad del cliente o paciente y, por tanto, la sostenibilidad del servicio. Ahora, no todas las estrategias que se apliquen, en el marco de diferentes tipos de servicio existentes, pueden funcionar igual para todas las organizaciones, por lo que, en el caso de los centros hospitalarios, se podría aplicar la estrategia de reducir los factores identificados que generan la insatisfacción en sus pacientes (Dube y Menon, 1998).

Otro elemento a considerar de la excelencia en el servicio es su mejora continua (Gouthier et al., 2012), ya que, con la superación de expectativas del cliente, el servicio brindado, con el paso del tiempo, se vuelve esperado y básico, por lo que debe haber una constante preocupación por innovar, actualizar y mejorar el servicio brindado. Para ello, tal y como sostiene Asif y Gouthier (2014), se debe considerar realizar una evaluación constante sobre las nuevas necesidades, requerimientos y expectativas de las personas (Asif y Gouthier, 2014).

Es necesario comprender la diferencia entre satisfacción y deleite para, a su vez, comprender la diferencia clara entre la excelencia en el servicio y la calidad del servicio. De acuerdo con Oliver (1997), la satisfacción del que recibe el servicio depende del juicio de este respecto al servicio, mientras que el deleite se relaciona con las emociones de la persona resultantes de sus juicios respecto a dicho servicio. Es como sostener que alguien se encuentra satisfecho o no satisfecho (juicio) frente a si se encuentra feliz o molesto (emoción). Así, mientras la calidad del servicio puede medirse a partir de la satisfacción e indicar una falla en el sistema, la excelencia en el servicio tiene un factor predictivo a partir de la identificación de los estadios de la persona (Berry et al., 1994). La medición de estos estadios dependerá del investigador y acorde al contexto en que se encuentre, ya que hay diferencias en la intensidad de la emoción; es decir, entre generar deleite o molestia, incomodidad (Andrews y Withey, 1974), indignación total (Schneider y Bowen, 1999) o furia (Prakash, 1991; Johnston, 1998) a tal punto de poder generar acciones legales contra el servicio. Es por ello la importancia del estudio no solo de la satisfacción o insatisfacción generada, sino de las emociones generadas con el servicio recibido, pues, con ello, se podrá predecir, con mayor certeza, la lealtad del cliente o paciente (Yu y Dean, 2001).

En ese sentido, el deleite se entiende como “una expresión muy alta de satisfacción” como resultado de un excelente servicio. Sin embargo, existe un riesgo en torno al trabajo con las emociones de las personas, ya que, si bien es cierto que el estadio esperado es el deleite, este puede convertirse a terrible (Andrews y Withey, 1974) o a indignación (Schneider y Bowen, 1999), debido a una mala experiencia. Eso o el riesgo de la sobrecalidad, ya que resultaría costoso exceder las expectativas del cliente o paciente. Esto es que, conforme aumenta la calidad del servicio, aumentan las expectativas sobre el servicio recibido. A pesar de ello, algunos estudios evidencian la importancia de las emociones en los niveles de percepción de calidad y satisfacción con el servicio (Liljander y Strandvik, 1997). Es por ello que, de acuerdo

con Yu y Dean (2001), el mejor predictor para asegurar la lealtad del cliente o paciente son las emociones que la satisfacción misma.

Con el objetivo de medir la excelencia en el servicio y abordar los diferentes problemas que pueden surgir, hay diferentes enfoques o modelos de medición que permiten comprender mejor el concepto y ofrecer una guía para su medición. Dentro de los más conocidos o destacados, están el modelo Johnston, el modelo Kano, el modelo SERV*OR³ y el modelo de excelencia empresarial (BEM⁴).

4.5. Modelos de medición de excelencia en el servicio

4.5.1. Modelo Johnston

Se trata de uno de los enfoques o modelos más conocidos para medir la excelencia en el servicio (Johnston, 2007). Tal y como se señaló anteriormente, el modelo Johnston plantea una serie de elementos a considerar para la implementación de una excelencia en el servicio: cumplir una promesa (1), manejar bien los problemas y las consultas (2), dar un toque personal (3) y hacer un esfuerzo adicional (4).

1. Cumplir una promesa: La organización es digna de confianza, ya que hace lo que dice y no decepciona al cliente.
2. Proporcionar un toque personal: Esto hace que el cliente se sienta privilegiado, ya que la organización se preocupa por el cliente y ofrece un servicio personalizado.
3. Hacer un esfuerzo adicional: Consiste en dedicar un esfuerzo extra, es decir, ir más allá y tratar de anticiparse a las necesidades de los clientes.

³ Por sus siglas en inglés, Organizational Service Orientation scale

⁴ Por sus siglas en inglés, Business excellence models

4. Tratar bien los problemas y las consultas: La capacidad de reacción de la organización ante un servicio fallido es un elemento importante para los clientes.

Es decir, las organizaciones deben actuar de forma que cumplan lo que prometen, proporcionando un toque personal, y, en caso de dificultades, adopten las medidas adecuadas para resolverlas. Entre las limitaciones, está la ausencia de un enfoque sistemático en el que se establezcan estructuras y comportamientos que garanticen la coherencia en la prestación de servicios excelentes. Se necesita un mejor conocimiento de los factores que afectan a la insatisfacción, la falta de confianza y las deficiencias en la calidad de los servicios sanitarios y, por lo tanto, la investigación cualitativa parece proporcionar una comprensión mejor y más profunda de los puntos de vista y las experiencias de los pacientes ingresados en diferentes hospitales en relación con los conceptos de "calidad del servicio" y "confianza" (Nemati et al., 2020).

Este modelo señala problemas con el enfoque de deleitar al cliente o paciente para conseguir la excelencia en el servicio. El modelo Johnston postula que superar las expectativas del cliente (o paciente, en este caso) conlleva a un mayor gasto en recursos y demás para la oferta del servicio. Se sostiene que generar altas expectativas, traducidas en placer o deleite por el servicio recibido, resulta costoso y poco factible (Oliver et al. 1997; Johnston, 1995), pues tanto los costos de producción como el proceso de implementación del servicio son altos y, ello, conduciría a una sobrevaloración del cliente o paciente (Grönroos, 1990). Esto quiere decir que mantener la constancia de generar el deleite del cliente o paciente (teniendo en cuenta que es generado entre la idea de lo que no espera menos lo que recibe) se transformará a un servicio esperado (Johnston, 2007); es decir, se normalizará recibir ese tipo de excelente servicio al largo plazo y, así, se crearán expectativas más altas y, por tanto, se volverá más difícil conseguir sorprender al cliente o paciente. De esta manera, el modelo propone que, en

el caso de las atenciones médicas, la atención se concentre en disminuir los factores de insatisfacción de los pacientes (Dube y Menon, 1998).

Sobre la última idea, se debe agregar que la intención de fijar en los factores que generan la insatisfacción se explica debido a que complacer o deleitar al cliente o paciente, en este caso, presenta limitaciones, sobre todo, económicas, además de la posibilidad de lograrlo o no en el largo plazo (Asif, 2015; Schneider y Bowen, 1999; Oliver et al., 1997). Por esta razón, Johnston (2007) no se muestra de acuerdo con la definición de excelencia en el servicio basado en la idea del deleite al cliente, ya que lo considera inalcanzable en un largo plazo, además de complicado de desarrollarlo en la práctica y, por tanto, inapropiado. Para el autor, la definición de excelencia en el servicio es más simple, ya que se trata de una manera más simple de llevar a cabo el servicio o generar el producto sin la necesidad de exceder expectativas (Johnston, 2007). El modelo Johnston fue el primero que desafió la noción de excelencia en el servicio basado en el deleite, lo que no quiere decir que se opone al deleite del cliente.

En esa línea, Johnston (2007) postula que el deseo del cliente reside en la solución satisfactoria de su problema (Asif, 2015). Por dicha razón, plantó un modelo de excelencia basado en los cuatro componentes antes descritos. Dicho modelo implica un compromiso de parte de las organizaciones o centros hospitalarios para cumplir con las promesas de servicio y, de no ser así, tener la capacidad de manejar los problemas que se presenten. Esta capacidad de manejo es clave en la excelencia en el servicio, ya que, en este tipo de situaciones, también, mide la percepción del cliente o paciente.

Por otro lado, es necesario agregar que el modelo Johnston sí presenta ciertas limitaciones. En principio, el modelo no posee, dentro de sus componentes, el desarrollo de estructuras y sistemas que enmarquen el desempeño de la organización, por lo que no podría ser caracterizado como un enfoque integral. Asimismo, uno de los componentes “hacer un

esfuerzo adicional” contradice la postulación de Johnston sobre la no necesidad de exceder las expectativas del cliente. Sin embargo, a pesar de dichas limitaciones, el modelo Johnston sigue siendo el modelo más popular para medir la excelencia en el servicio (Asif, 2105; Gouthier et al., 2012).

4.5.2. Modelo SERV*OR

El modelo de orientación al servicio (SERV*OR) se concentra en determinar los lineamientos que una organización requiere seguir para conseguir la excelencia en el servicio, de acuerdo con un enfoque estructural (Lytle et al. 1998). Se trata de un modelo que considera que la orientación al servicio de cualquier tipo de organización es clave para conseguir un impacto en el cliente (o paciente, en este caso). Ello quiere decir que la organización debe cumplir con los lineamientos de un proceso previamente diseñado, junto con las rutinas necesarias y respetando las directrices o políticas de la organización que fomenten una correcta implementación del servicio y, así, lograr una excelencia en el servicio (Asif, 2015).

Asif (2015) señala que el modelo SERV*OR plantea ciertas consideraciones en la estructura de una organización, tales como el liderazgo en el servicio (1), encuentros de servicio (2), gestión de recursos humanos (3) y sistemas de servicio (4). En principio, respecto al liderazgo en el servicio, se debe considerar (a) la visión del servicio, que impulsen la oferta de un servicio de calidad, y (b) el liderazgo de servicio, en donde se adjudica a los líderes de servicio a motivar a sus empleados para la oferta de un servicio de calidad. En segundo lugar, respecto a los encuentros de servicio, se debe considerar (a) el encuentro con el servicio, en donde se promueva un adecuado contacto con el cliente o paciente que genere una percepción positiva al cliente, y (b) la potenciación de los empleados, que implique empoderar a los empleados para dotarlos de autonomía personal en el manejo de situaciones cotidianas como adversas. En tercer lugar, respecto a la gestión de recursos humanos, se debe considerar (a) la

capacitación de servicio, en donde se capacite a los empleados en la mejora de sus habilidades tanto técnicas como blandas, y (b) la recompensa del servicio, que implique la motivación a los empleados a partir de un sistema de incentivos a la buena praxis. Finalmente, respecto a los sistemas de servicio, se debe considerar (a) la prevención de fallas en el servicio, (b) la recuperación eficaz de los fallos o fracasos, (c) uso de tecnología actualizada y (d) una comunicación sobre los estándares de servicio a seguir.

De esta manera, el modelo SERV*OR nos permite saber el nivel de acatamiento de la organización respecto a sus políticas y procedimientos contrastado con las prácticas. A nivel organizacional, el modelo SERV*OR le lleva ventaja al resto de modelos; sin embargo, también, presenta limitaciones (Asif, 2015). En principio, no aborda todos los elementos de la excelencia en el servicio, ya que no desarrolla la idea de exceder las expectativas del cliente y el deleite de este (Asif, 2015; Oliver et al., 1997; Oliver; 1997). Segundo, el modelo no proporciona una guía sobre su implementación; al contrario, proporciona solo la mirada de orientación al servicio y lo que implica. Además, el desarrollo de las consideraciones del modelo es insuficiente ya que están planteadas y analizadas mínimamente. Finalmente, una de las principales limitaciones es que este modelo ha sido planteado para un contexto bancario; aún no se ha explorado en otros campos como en el de la salud, en este caso (Lytle et al., 1998). Se debe agregar que se trata de un modelo poco explorado aún en la literatura.

4.5.3. Modelo de excelencia empresarial (BEM)

Los Modelos de Excelencia Empresarial (BEM) se desarrollan a fines de los 80's y, entre los más destacados, se encuentran el modelo europeo (EFQM) y el modelo estadounidense (BCPE) (Asif et al., 2013; Alonso-Almeida y Fuentes-Frías, 2012). Así como el modelo SERV*OR, este modelo plantea seguir con un enfoque estructural, pero agregando la una visión de gestión empresarial abocada a la maximización de las ganancias o rentabilidad de la

organización. Se trata de un modelo más genérico, el cual no abarca solo elementos de la excelencia en el servicio, por lo que no se recomienda emplear este modelo si el fin es pretender una excelencia en el servicio, más puede servir como referencia (Asif, 2015).

Cabe agregar que el BEM implica los siguientes elementos: (1) el liderazgo, (2) la estrategia, (3) concentrarse en las personas, (4) concentrarse en los procesos u operaciones, (5) concentrarse en el cliente, (6) medición, análisis y gestión del conocimiento, y (7) concentrarse en los resultados (Asif, 2015; BCPE, 2011; EFQM, 2013; Tutuncu y Kucukusta, 2010). La idea central del modelo BEM radica en mirar los resultados de éxito para dar cuenta del tipo de liderazgo y estrategia implementada con foco en las personas, en los procesos, recursos y demás y, así, generar una mejora continua de los servicios, así como de seguir promoviendo la innovación y el impacto positivo en las personas que reciben el servicio. Además, el modelo BEM no pretende señalar qué hacer o cómo hacerlo, sino que aporta brindando un marco de evaluación para las diferentes organizaciones y, así, fomentar la mejora de sus servicios (Moelle et al., 2000).

Sobre el liderazgo, este se relaciona con el actuar y decisiones de los líderes y jefes de la organización. Se trata de identificar su compromiso a través de su apoyo con recursos y asistencia adecuada, además de cómo reconocen y valoran los esfuerzos de su personal y, por último, su relación con los clientes, proveedores y organizaciones externas (Naylor, 1999). Sobre la estrategia, se trata de revisar las directrices de la organización o institución en torno a su misión, valores, visión y dirección estratégica. A su vez, de evaluar la forma en que implementan dichas directrices, cómo las comunican, aplican, actualizan y mejoran (Naylor, 1999).

Por otro lado, sobre el postulado de concentrarse en las personas, va más allá de la focalización en la satisfacción del cliente y dirige especial atención a las personas que se encargan del

mantenimiento de la organización y cómo estas administran, planifican y mejoran los recursos de la organización, así como la comunicación efectiva entre estos. En palabras de Nabitz y Klazinga (1999), se trata de saber cómo se involucra y empodera a la gente. Mientras que, sobre los procesos y operaciones, se pretende identificar cómo innova la organización con el empleo de nuevas tecnologías y propiedad intelectual (Nabitz y Klazinga, 1999).

Sobre la satisfacción en los clientes, la idea es la misma descrita anteriormente, en donde se pretende la satisfacción de estos sobre el producto, servicio, pero se agrega considerar el trato con el personal de la organización. Mientras que, sobre la medición y análisis, se deben considerar los procesos diseñados por la organización y su constante revisión y análisis. Finalmente, es importante considerar los resultados como indicadores de desempeño y, así saber si se están logrando los objetivos previstos. Se deben considerar las medidas financieras de desempeño (Naylor, 1999).

Por último, respecto a su vinculación al sector salud, Naylor (1999) sostiene que el modelo BEM es reconocido en el campo de la salud. Se han desarrollado y aplicado, principalmente, en Europa, en donde el caso de éxito es el holandés y, con estos, se da cuenta de que el modelo tiene la capacidad de llegar a toda la organización y, al mismo tiempo, a no ser prescriptivo necesariamente. Asimismo, sostiene que el apoyo del gobierno es clave, ya que proporciona un respaldo y un beneficio mutuo. No obstante, por su parte, Nabitz et al. (2000) sostiene que el modelo BEM debe fomentar la libre agencia de los centros hospitalarios; es decir, desvincula la necesidad de que el gobierno se relacione con los modelos de desarrollo y evaluación en los centros de salud para que estos mismos consigan la calidad en su servicio. Esto lo sostiene debido a los problemas clásicos de Estado en torno a la corrupción y el beneficio de externos.

4.5.4. Modelo de Kano

El modelo Kano es el que mejor se ajusta a la realidad del presente estudio, ya que comprende elementos cercanos al servicio brindado por los centros hospitalarios. Si bien es cierto que los estudios son escasos al respecto, generalmente, se sabe que el modelo Kano pretende identificar las cualidades o atributos que definen la satisfacción, la insatisfacción y el deleite del cliente (o paciente, en este caso) (Kano, 1984). De esta manera, este modelo señala que los factores que producen satisfacción son diferentes a los que producen insatisfacción, considerando de esa forma que la relación entre la atención a una necesidad y la satisfacción o insatisfacción no es necesariamente lineal (Calvo de Mora et al., 2021). Se trata de comprender las mejoras del servicio en cuanto a los requerimientos o necesidades y de comprender el comportamiento del cliente o paciente a partir de ello (Materla et al., 2019).

Así, el modelo Kano postula que los atributos del desempeño de la organización influyen de manera distinta en el usuario o paciente (Aquino y Huánuco, 2014). En principio, existen los requisitos básicos que toda organización debe cumplir en torno a su producto o servicio brindado. Se trata de la atención debida o correcta conforme a lo solicitado o esperado por el usuario o paciente. No aumentan la satisfacción, pero, de no cumplirse, sí puede generar una gran insatisfacción en el usuario o paciente. En segundo lugar, se encuentran los requisitos de desempeño. Estos se caracterizan por aumentar la satisfacción del cliente, ya que se trata de añadir más funcionalidades al producto o servicio brindado. Así, más funcionalidades en el servicio, más satisfacción en el usuario o paciente. Finalmente, se encuentran los requisitos de deleite. En este caso, se tratan de funcionalidades agregadas, pero no esperadas por el usuario o paciente, lo que deviene en una gran satisfacción en el usuario o paciente. A ello, se identifica que el modelo Kano permite conocer el posible impacto del desempeño de los atributos del

servicio en los niveles de satisfacción del cliente o paciente, en este caso, mas no permite identificar, específicamente, los atributos que deben mejorarse (Tontini y Dagostin, 2013).

Materla et al. (2019) realizaron una búsqueda minuciosa sobre los estudios que habían abordado el modelo Kano en torno a su desarrollo e implementación. Se identificaron unos 17 artículos de investigación completos que trataban sobre la implementación del modelo Kano en el sector salud y sus resultados de éxito o no. Acorde a ello, se pudo dar cuenta que el modelo Kano ha contribuido a identificar de manera integral las necesidades de los pacientes para, así, poder brindar una mejor atención con un costo asequible. En el proceso de identificación de dichas necesidades y satisfacerlas, se pudo dar cuenta de una conversión del rol que asume el paciente: ha pasado de ser un receptor del servicio a ser un contribuyente del servicio. Esto quiere decir que gracias a la evaluación en torno a la satisfacción o deleite del cliente o paciente se puede mejorar el desempeño del servicio (Materla et al., 2019).

De esta manera, es conveniente su aplicación dados los hallazgos clave que surgen de su desarrollo e implementación y, así, fomentar la innovación en la industria de la salud. Con su continuo estudio, se podrían identificar aquellos atributos específicos del servicio o producto que generan el posible impacto. Los estudios ya realizados han contribuido a su mejora; sin embargo, hay críticas a ello, ya que solo se ha implementado en ciertas unidades de servicios hospitalarios, mas no en todo el centro de salud. Además, de acuerdo a los estudios realizados, el modelo Kano ha sido desarrollado, principalmente, en países asiáticos y europeos. Por ello, aún es un desafío su implementación y desarrollo, sobre todo, en países de la región latinoamericana.

A continuación, el instrumento del modelo Kano que consiste en identificar su nivel de satisfacción acorde a dos grupos de preguntas sobre la funcionalidad del producto o servicio y sobre la disfuncionalidad del producto o servicio; y, con ello, su reacción/opinión al respecto.

Se tratan de dos grupos o bloques de preguntas que pueden incluir el número que desee de acuerdo con su estudio; sin embargo, lo que se debe mantener son tanto los dos bloques como los valores de respuesta. Estos valores de respuesta están medidos en escala Likert (1-5) en donde se pretende identificar si los requisitos del producto o servicio son imprescindibles, unidimensionales, atractivos, indiferentes o cuestionables para el consumidor o paciente, en este caso.

Tabla 5. Instrumento Kano

Cuestionario Kano	Respuesta
Forma funcional de la pregunta (por ejemplo, si el automóvil tiene bolsas de aire, ¿cómo se siente?)	Me gusta de esa forma (gusto)
	Debe ser así (debe ser)
	Soy neutral (neutral)
	Puedo vivir con eso de esa manera (vivir con)
	No me gusta de esa manera (no gusto)
Forma disfuncional de la pregunta. (por ejemplo, si el automóvil no tiene bolsas de aire, ¿cómo se siente?)	Me gusta de esa forma (gusto)
	Debe ser así (debe ser)
	Soy neutral (neutral)
	Puedo vivir con eso de esa manera (vivir con)
	No me gusta de esa manera (no gusto)

Fuente: Qianli et al. (2009)

**CAPÍTULO 5. SATISFACCION DEL PACIENTE
EN LOS SERVICIOS DE SALUD PERUANOS:
VALIDACIÓN Y APLICACIÓN DE LA ESCALA
HEALTHQUAL**

5.1 Introducción

5.1.1. Calidad de los servicios en la Gestión Hospitalaria

Los esfuerzos actuales por mejorar la prestación de servicios sanitarios a nivel mundial han puesto de manifiesto que la calidad es un valor fundamental e intrínseco de las organizaciones sanitarias de todo el mundo (Forrellat-Barrios, 2014; Perera et al., 2007). La calidad considera la perspectiva del usuario y su satisfacción con el servicio recibido, siendo el usuario quien determina su nivel en un marco de mejora continua. Este marco debe incluir características objetivas y medibles en cualquier organización (Barreiro, 2010; Díaz, 2010; Pérez, 2013).

Aplicado al sector sanitario, este concepto está relacionado con la aplicación de la tecnología y la ciencia para maximizar los beneficios y reducir los riesgos en el proceso de atención sanitaria, esperando un impacto positivo en los indicadores de salud, una mejora de los problemas de salud y la satisfacción de los pacientes y familiares (Ipinza Riveros, 2007; Rodríguez, 2013). Según Avedis Donabedian (1990), la calidad de la asistencia sanitaria se define como “el grado en que se utilizan los medios más deseables para lograr la mayor mejora posible de la salud”. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que a menudo es difícil de conocer, lo importante son las expectativas de resultados que podrían atribuirse a la atención sanitaria en el presente”.

Por ello, la implementación de estrategias de gestión de la calidad representa un factor clave para lograr el éxito en las organizaciones sanitarias (Miranda et al., 2012; Yeh, 2010). Una de estas herramientas es la gestión de la percepción de los usuarios sobre el servicio recibido, ya que el rendimiento de las organizaciones está estrechamente relacionado con la intención de volver a utilizar un servicio en el futuro, lo que es resultado de la satisfacción de los usuarios (De Man et al., 2002; Freudenberg et al., 2003).

En este contexto, la satisfacción del usuario es un indicador de la calidad del servicio (Linder-Pelz, 1982), resultando un juicio de valor como consecuencia de la interacción del usuario con el servicio, y está relacionada con diversos factores como la atención, la empatía, la credibilidad y la capacidad de respuesta (Naidu, 2009; Tucker y Adams, 2001).

Desde hace años, los estudios sugieren que la calidad de un servicio es uno de los determinantes más importantes de la satisfacción y la confianza de los clientes (Zeithaml et al., 1996; Zeithaml, 1988; Zaibaf et al., 2013). Por lo tanto, el objetivo de todas las organizaciones es mejorar permanentemente la calidad de los servicios prestados y así satisfacer y retener a sus clientes. Para ello, los directivos deben analizar continuamente el contexto y los impulsores de la calidad del servicio prestado por sus organizaciones, la satisfacción del cliente y el valor percibido por los usuarios de sus servicios. En particular, la cuestión central que deben investigar los gestores es cómo se relacionan entre sí todos estos factores o variables mencionados para comprender y explicar el comportamiento futuro de sus clientes (Miranda-Veloso y Paula-Montes, 2019).

5.1.2. Las Asociaciones Público-Privadas (APP) como Modelo de Organización en la Sanidad

Las asociaciones público-privadas (APP) han surgido en los últimos años como una estrategia para ampliar la cobertura y mejorar los servicios de salud en diferentes países de América Latina, demostrando ser un modelo eficaz para llenar la brecha de infraestructura y servicios, así como para mejorar la calidad de la infraestructura existente (Banco Mundial, 2012). Las APP se definen como contratos a largo plazo entre una parte privada y una entidad pública, que proporcionan un bien o servicio público en el que la parte privada asume un riesgo

significativo y la responsabilidad de la gestión y tiene indicadores de rendimiento (Banco Mundial, 2014). Del mismo modo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2008) define las APP como acuerdos entre el gobierno y uno o más socios privados, en virtud de los cuales estos últimos prestan un servicio de manera que los objetivos de prestación de servicios del gobierno se alinean con los objetivos de obtención de beneficios del sector privado, y en los que la eficacia depende de una adecuada transferencia del riesgo del sector privado.

Como destacan los dos documentos citados sobre la APP, aunque no existe una definición única y generalizada de estos esquemas en los distintos países, los modelos de APP facilitan soluciones amplias y participativas entre los sectores público y privado para la provisión de bienes y servicios públicos de forma integral. Suelen existir dos mecanismos de pago al sector privado por las responsabilidades: (a) mediante pagos del gobierno al sector privado según el grado de calidad y los resultados de los servicios prestados a los usuarios, definidos contractualmente; o (b) mediante pagos directos de los usuarios que reciben estos servicios y que se complementan con subsidios pagados por el gobierno (Banco Mundial, 2014).

La necesidad de infraestructuras y servicios sanitarios de calidad en los países en desarrollo ha puesto de manifiesto que el modelo de colaboración público-privada es una alternativa muy útil para resolver las restricciones financieras y de capacidad de gestión a las que se enfrentan los gobiernos, ampliar la cobertura de sus sistemas sanitarios y mejorar la calidad de los servicios prestados. En este sentido, se han reconocido tres beneficios principales de las APP en el sector de la salud: (i) mejora de la eficiencia, (ii) mejoras en la calidad de los servicios y (iii) mejoras en la asignación de riesgos y recursos (Stemmer, 2008; Farquharson y Yescombe, 2011). La evidencia de España, Chile, Inglaterra y Alemania (Rebollo, 2009; Alonso et al., 2015; Millan, 2009; Quaid y Scherrer, 2008) ha descrito el papel de las APP en la optimización

de recursos y la mejora de la productividad y la eficiencia, dado que las APP suelen asegurar una mayor calidad y una adaptación más rápida a las necesidades del mercado en comparación con los procesos de gestión pública.

En Perú, los dos primeros hospitales que operan bajo el modelo de APP pertenecen a EsSalud (sistema peruano de seguridad social en salud), concretamente, el Hospital Alberto L. Barton Thompson en el distrito del Callao (iniciado en 2009) y el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente en el distrito de Villa María del Triunfo, ambos situados en la Región de Lima (Perú). Ambos hospitales llevan 11 años funcionando, pero no hay estudios publicados que describan la experiencia de las APP y su relación con la calidad y la satisfacción de los usuarios. Hasta la fecha, tampoco existe una escala válida para evaluar la satisfacción de los usuarios en los hospitales APP en Perú.

Por lo tanto, dada la escasez de investigaciones en América Latina, y en particular en el Perú, sobre escalas para medir la calidad del servicio percibida por los usuarios de los servicios de salud (por ejemplo, el paciente, los familiares del paciente o el público en general) en un entorno hospitalario, nuestro trabajo se centra en la validación de una versión ampliada de una escala de calidad de los servicios de salud, a saber, HEALTHQUAL, basada en el trabajo anterior de Miranda et al. (2012), que consta de cinco constructos, y que puede ser adaptada posteriormente a otros países de América Latina. Además, nuestro estudio propone un modelo de investigación de siete hipótesis para analizar las relaciones causa-efecto entre estos cinco constructos.

5.1.3. La escala HEALTHQUAL, dimensiones e ítems

Durante años, SERVQUAL se ha utilizado como una escala multidimensional, con alta validez y fiabilidad, para evaluar la calidad en organizaciones relacionadas con la salud y otros

sectores (Lam, 2001). Adicionalmente, las adaptaciones de la escala SERVQUAL en el ámbito sanitario han permitido evaluar las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención y los servicios en los centros sanitarios (Sofaer y Firminger, 2005; Crow et al., 2002).

Desde que Myers (1969) introdujo por primera vez el concepto de calidad de los servicios sanitarios, esta se ha medido utilizando diversas dimensiones (Donabedian, 1980; Vuori, 1982; Bowers et al., 1994) que han ido evolucionando según la agenda de investigación (Lee y Kim, 2017).

La gestión de la calidad en los servicios de salud requiere un enfoque eficiente e integral para la recogida de información sobre la atención al usuario. En este sentido, HEALTHQUAL es una escala multidimensional para medir la calidad de los servicios en la atención médica moderna que evalúa los ítems desde la perspectiva del paciente. El conjunto de ítems considera dimensiones como la mejora de los servicios asistenciales, la calidad, la eficiencia, la seguridad y la empatía y fidelidad de los usuarios de la sanidad. Aunque diversas escalas existentes incluyen la mayoría de los ítems sugeridos por estudios anteriores (Miranda et al., 2012; Lee, 2017; Donabedian, 1980; Vuori, 1982; Bowers et al., 1994; Lee y Kim, 2017), HEALTHQUAL puede requerir modificaciones o cambios a lo largo del tiempo; así, mediante la mejora continua, puede medir con mayor precisión la calidad de la atención médica prestada a los pacientes, considerando diferentes áreas geográficas, culturas locales y otros factores (Lee, 2017). Por lo tanto, aunque las adaptaciones de la encuesta HEALTHQUAL se utilizan con frecuencia para medir la satisfacción percibida, hasta la fecha, no se han realizado estudios utilizando la escala HEALTHQUAL en hospitales de APP en el Perú.

Los estudios que utilizan la escala HEALTHQUAL suelen incluir cuatro componentes, a saber, el personal sanitario, las medidas de eficiencia, el personal no sanitario y las

instalaciones físicas (Miranda et al., 2012), o incluyen cinco componentes: empatía, aspectos tangibles, seguridad, eficiencia y mejoras del servicio de atención (Lee y Kim, 2017).

En nuestro estudio, la calidad del servicio se analizó mediante una versión de HEALTHQUAL adaptada del trabajo previo de Lee y Kim (2017) (es decir, cinco dimensiones y 32 ítems) y Miranda et al. (2012) (es decir, cuatro dimensiones y 25 ítems), considerando el personal sanitario y no sanitario, las instalaciones y el equipamiento del centro sanitario, y la eficiencia percibida y la fidelidad o intención de reutilización del servicio. Así, nuestra escala HEALTHQUAL consta de cinco constructos y un total de 34 ítems: (1) satisfacción con el personal sanitario (10 ítems); (2) satisfacción con el personal no sanitario (4 ítems); (3) satisfacción con las instalaciones y el equipamiento (6 ítems); (4) eficiencia percibida (11 ítems); y (5) fidelidad (3 ítems). Este último componente de la escala -la lealtad o intención de reutilizar el servicio- refleja la valoración global de la calidad del servicio percibida por el usuario, y se relaciona de alguna manera con el componente de empatía del trabajo de Lee y Kim (2017) y la satisfacción global hacia el servicio sanitario.

Antes de la fase de recogida de datos, se realizó una prueba inicial de la escala HEALTHQUAL para garantizar que se ajustaba al perfil de los usuarios de la sanidad en Perú. Los participantes fueron tanto académicos como profesionales de la salud. La decisión de adaptar el cuestionario se basó en dos criterios: (a) la adecuación de las preguntas a los servicios sanitarios, y (b) la capacidad de los pacientes para responder a las preguntas sin sentirse confusos, dudosos o inseguros.

A continuación, se administró una escala inicial compuesta por 38 ítems a una pequeña muestra de pacientes (es decir, usuarios de la sanidad) como prueba previa para obtener más información y perfeccionar los ítems. Los resultados mostraron que los encuestados percibían

que algunos ítems eran algo redundantes. Como esta redundancia causaba confusión, decidimos eliminar cuatro ítems de la escala de medición.

Por lo tanto, nuestra escala final incluía 34 ítems que representan las cinco dimensiones de la calidad del servicio percibida por los usuarios de los servicios sanitarios.

5.1.4. Modelo de Investigación e Hipótesis

5.1.4.1. Dimensión del Personal Sanitario (HP)

El personal de salud representa el componente más importante de los servicios de atención médica e incluye diferentes grupos y profesiones en una organización de salud. Desde el punto de vista de la satisfacción con la calidad de los servicios, es muy importante que los profesionales de la salud mantengan relaciones interpersonales adecuadas con los pacientes de forma dinámica, continua y oportuna. En este contexto, la percepción de satisfacción del paciente depende casi en su totalidad de la atención recibida por parte del personal de salud (Messarina, 2016). Por ello, proponemos las siguientes hipótesis:

H1: Cuanto mejor sea el rendimiento del personal de salud, mayor será la eficiencia en la atención de salud.

H2: Cuanto mejor sea el rendimiento del personal de salud, mayor será la fidelidad de los usuarios al servicio de salud.

5.1.4.2. Dimensión del Personal No Sanitario (DPN)

En el contexto del sistema de salud, existen diferentes factores que intervienen directa o indirectamente con la satisfacción del paciente. Uno de ellos es el grupo de profesionales no sanitarios, que implica al personal administrativo que trabaja en los servicios auxiliares o que complementan la atención médica. Diversos estudios han relacionado la atención prestada por

los servicios administrativos con la calidad asistencial percibida por los usuarios que acuden a los servicios de salud (Montoya Vega, 2017). Por ello, proponemos las siguientes hipótesis:

H3: Cuanto mejor sea el rendimiento del personal no sanitario, mayor será la eficiencia en la asistencia sanitaria; y

H4: Cuanto mejor sea el rendimiento del personal no sanitario, mayor será la fidelidad del usuario a los servicios sanitarios.

5.1.4.3. Facilidades, Equipos y Dimensión Tangible (FED)

El espacio físico, la infraestructura, el equipamiento y los materiales son esenciales para proporcionar las condiciones adecuadas para llevar a cabo una atención médica de calidad (González, 1996). Con base en lo anterior, proponemos las siguientes hipótesis:

H5: Cuanto mejores sean las condiciones de las instalaciones, el equipamiento y los elementos tangibles, mayor será la eficacia de la asistencia sanitaria.

H6: Cuanto mejores sean las condiciones de las instalaciones, el equipamiento y los elementos tangibles, mayor será la fidelidad del usuario al servicio sanitario.

5.1.4.4. Relación entre eficiencia (REE) y Lealtad (L)

La medición de la eficiencia en el ámbito hospitalario está relacionada con el uso eficiente de los recursos y la gestión de los tiempos de espera de los procesos. Teniendo en cuenta que, en muchos de los sectores de salud, los recursos son deficientes y escasos, la eficiencia se refiere al uso adecuado de los recursos para maximizar los beneficios para el usuario y los servicios sanitarios. Asimismo, a nivel de gestión hospitalaria, el análisis de la eficiencia permite mejorar el uso de los recursos y la reorganización de los servicios para añadir valor a los usuarios de la sanidad (García-Cornejo, 1997; Puig-Junoy y Dalmau, 2000).

La fidelidad de los usuarios es el resultado de una atención de calidad y representa su continuidad a través de una relación directa en el que los clientes satisfechos se convierten en clientes fieles, comprometidos con la organización y dispuestos a repetir la experiencia y compartirla (Mittal y y Kamakura, 2001). Basándonos en lo anterior, proponemos la siguiente hipótesis:

H7: Cuanto mayor sea la eficiencia del servicio de salud prestado, mayor será la fidelidad del paciente a ese servicio de salud.

Las hipótesis anteriores se resumen en la figura 1.

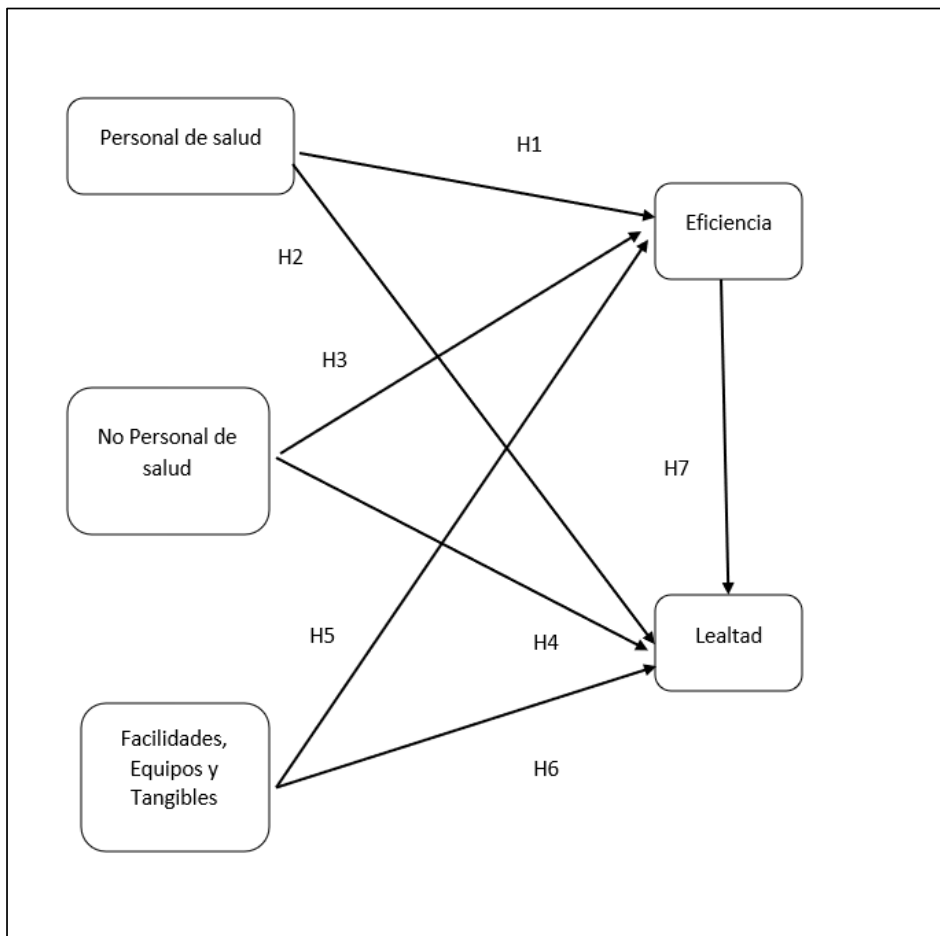


Figura 1: Modelo de la Hipótesis

H1: El personal sanitario influye positivamente en la eficiencia;

H2: El personal sanitario influye positivamente en la fidelidad;

H3: El personal no sanitario influye positivamente en la eficiencia;

H4: El personal no sanitario influye positivamente en la fidelidad;

H5: Las instalaciones, el equipamiento y los elementos tangibles influyen positivamente en la eficiencia;

H6: Las instalaciones, el equipamiento y los elementos tangibles influyen positivamente en la fidelidad

H7: La eficiencia tiene un impacto positivo en la lealtad.

5.2. Materiales y métodos para el estudio

Se realizó un estudio descriptivo, exploratorio y transversal durante el año 2018. Aplicando un muestreo no probabilístico, en este sentido se aplicó la escala HEALTHQUAL a una muestra de 250 usuarios que asistieron a uno de los dos hospitales de APP en Lima, Perú (Hospital Alberto L. Barton Thompson y Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente), que atienden un promedio de 250.000 pacientes asegurados anualmente.

El estudio constaba de tres fases: (I) desarrollo de la escala, (II) evaluación de la validez y la fiabilidad, y (III) evaluación de la escala.

5.2.1. Instrumento de medición utilizados

Se utilizó un cuestionario compuesto por 34 ítems que representaban las cinco dimensiones de la calidad del servicio percibida por los usuarios de los servicios sanitarios (véase el cuadro

3). Todos los ítems se midieron en una escala Likert de 7 puntos, donde 7 era "totalmente de acuerdo" y 1 "totalmente en desacuerdo". Las preguntas utilizadas se basaron en la escala HEALTHQUAL descrita anteriormente. Esta escala HEALTHQUAL mide los constructos de personal sanitario, personal no sanitario, instalaciones y equipos, y eficiencia. A efectos de este estudio, se añadió el constructo "lealtad" para validar un nuevo constructo que mide variables relacionadas con la continuidad de la atención tras la prestación del servicio sanitario. Los indicadores de este constructo fueron adaptados de varios estudios que utilizaron una escala de lealtad (Miranda et al., 2010; Chahal y Kumari, 2010; Kondasani et al., 2005; Lee et al., 2012; Salanova et al., 2005).

5.2.2. Variables utilizadas

Se establecieron como variables dependientes la eficiencia y la fidelidad, y como variables independientes el personal sanitario, el personal no sanitario y las instalaciones y el equipamiento, como se muestra en la figura 1.

5.2.3. Aplicación del cuestionario en el marco del estudio

El cuestionario se distribuyó según el sexo y la edad de los participantes, de acuerdo con la distribución de la población en ambos hospitales de la APP. Previamente, se pidió permiso a los responsables de la APP de ambos hospitales para la aplicación de las encuestas, y los entrevistadores externos fueron formados en la metodología HEALTHQUAL. La recogida de datos fue anónima y se protegió la confidencialidad de la base de datos.

5.2.4. Procesamiento y análisis de datos

Con la información obtenida en las encuestas se generó una hoja de cálculo en Excel y posteriormente se realizó un análisis mediante la metodología de mínimos cuadrados parciales (MCP) para validar el modelo y las hipótesis propuestas. Esta metodología estadística se basa

en una combinación iterativa de análisis de componentes principales y análisis de regresión. Este proceso corresponde a un modelo desarrollado por Wold (1985) para reflejar las condiciones presentes en las ciencias sociales y del comportamiento.

La evaluación de un modelo mediante la metodología MCP consta de tres fases: (a) evaluación del modelo global, (b) evaluación del modelo de medición y (c) evaluación del modelo estructural.

El modelo global se analizó midiendo el residuo medio cuadrático estandarizado (RMCE). Un valor inferior a 0,08 indica que el modelo de trayectoria MCP proporciona un ajuste suficiente entre el modelo propuesto y los datos, tal como describen Hu y Bentler (1998).

Para la evaluación del modelo de medición, las cargas factoriales superiores a 0,707 sugieren la viabilidad individual de los indicadores para cada constructo (Carmines y Zeller, 1979).

El análisis de la validez discriminante se llevó a cabo mediante el criterio de la Relación Heterotrait-Monotrait (HTMT), que evalúa el promedio de las correlaciones Heterotrait-Heterométrico de las variables estimadas en el Modo A (Henseler et al., 2016). El nivel de HTMT debe estar por debajo del valor 0,90 como mínimo para concluir que los constructos alcanzan la validez (Henseler et al., 2015). Asimismo, la validez discriminante indica en qué medida un determinado constructo es diferente de los demás constructos (Fornell y Larcker, 1981). En cuanto a la evaluación del modelo estructural, se analizaron los problemas de colinealidad según los valores del factor de inflación de la varianza (VIF).

5.3. Resultados del capítulo

Se encuestó a un total de 250 pacientes que acudieron a alguno de los complejos hospitalarios de la APP. El rango de edad era de 35 a 54 años, y 128 encuestados eran mujeres, mientras que los otros 122 eran hombres (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los pacientes encuestados según edad y sexo en los dos complejos hospitalarios.

Edad	Hospital 1 ¹		Hospital 2 ²		Total
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	
18-34	16	16	17	18	67
35-54	25	24	25	27	101
55-74	16	18	12	14	60
+75	6	7	5	4	22
Total	128		122		250

¹ Alberto L. Barton Thompson Hospital; ² Guillermo Kaelin de la Fuente. Both hospitals are located in the Region of Lima (Peru).

5.3.1. Modelo Global registrados

A partir de los resultados, la raíz cuadrada estandarizada (RMCE) fue igual a 0,060, lo que significa que el modelo se ajusta a los datos (Tabla 7).

Tabla 7. El Modelo Global.

Indicador	
RMCE ¹	
Modelo Saturado	0.0643
Modelo Estimado	0.0643

¹ Residuo medio cuadrático estandarizado.

5.3.2. Modelo de medición del estudio

Como se muestra en la Tabla 8, en referencia a la viabilidad individual de cada ítem, las cargas factoriales obtenidas en la mayoría de los indicadores fueron superiores a 0,707, demostrando que los indicadores propuestos son adecuados para los constructos.

Tabla 8. Resultados del modelo de medición.

Constructo/Indicador		Cargas Factor	Fiabilidad Compuesto	AVE ¹	ρ_A ²
Hospital Personal (HP)			0.952	0.667	0.947
HP1	La profesionalidad del personal sanitario es muy alta	0.7574 ***			
HP 2	La amabilidad y cortesía del personal sanitario es muy alta	0.7497 ***			
HP 3	La confianza en el personal sanitario es muy alta	0.8000 ***			
HP 4	El personal sanitario ofrece un servicio altamente personalizado	0.7828 ***			
HP 5	La comunicación con el personal sanitario es muy buena	0.8387 ***			
HP 6	La atención individualizada del personal sanitario a los problemas del paciente es muy buena	0.8623 ***			
HP 7	El interés del personal sanitario por atender los problemas del paciente es muy alto	0.8733 ***			
HP 8	La preocupación del personal sanitario por entender los problemas del paciente es muy alta	0.8514 ***			
HP 9	El prestigio del personal médico es muy bueno	0.8554 ***			
HP 10	Los médicos explican con detalle el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad	0.7858 ***			
No Hospital Personal (NHP)			0.957	0.848	0.941
NHP 1	La profesionalidad del personal no sanitario es muy alta	0.9034 ***			
NHP 2	La amabilidad y cortesía del personal no sanitario es muy buena	0.9250 ***			
NHP 3	La atención individualizada del personal no sanitario a los problemas del paciente es muy buena	0.9335 ***			
NHP 4	El interés del personal no sanitario por atender los problemas del paciente es muy alto	0.9221 ***			
Facilidades, equipos, y tangibles (FET)			0.894	0.585	0.865
FET1	La limpieza de las instalaciones es muy alta	0.6434 ***			
FET2	El equipamiento del centro sanitario es muy bueno	0.7434 ***			
FET3	La accesibilidad del centro sanitario es muy buena	0.8034 ***			
FET4	El aspecto y la presencia del personal sanitario es muy bueno	0.8435 ***			
FET5	El aspecto y la presencia del personal no sanitario es muy bueno	0.8051 ***			
FET6	Hay una señalización clara de cada departamento del hospital	0.7335 ***			
Eficiencia (EFI)			0.919	0.507	0.906
EFI1	El hospital ofrece muchas facilidades para concertar una cita médica	0.7402 ***			
EFI2	El nivel de burocracia es mínimo (muy bajo)	0.7282 ***			
EFI3	El tiempo de espera en el centro sanitario antes de entrar en una consulta médica es adecuado	0.6685 ***			
EFI4	El hospital brinda un servicio informático muy bueno	0.6844 ***			
EFI5	La velocidad de las pruebas auxiliares es muy alta	0.7036 ***			
EFI6	La resolución de las reclamaciones es muy rápida y satisfactoria	0.7796 ***			
EFI7	El tiempo dedicado a la atención de cada paciente es adecuado	0.7330 ***			
EFI8	El horario del centro sanitario es muy amplio y adecuado	0.6492 ***			
EFI9	Los gastos médicos son razonables	0.6465 ***			

EF110	La existencia de una mejora en la condición médica como resultado de los esfuerzos y el tratamiento del personal médico es muy alta	0.7512 ***			
EF111	La aparición de efectos secundarios cuando los pacientes toman sus medicamentos es muy baja	0.7382 ***			
Lealtad (L)			0.945	0.852	0.913
L1	El paciente es tratado de nuevo en este hospital	0.9169 ***			
L2	El paciente recomienda este hospital a sus amigos y familiares	0.9432 ***			
L3	Volver a visitar el hospital por su eficacia en la organización y el servicio	0.9081 ***			

¹ Varianza media extraída. ² Dijkstra-Henseler's rho. *** $p < 0.001$; basado en un bootstrapping de 10.000 muestras con una prueba de dos colas.

La tabla 9 muestra que, según el criterio HTMT, dos valores son inferiores a 0,85 y uno es inferior a 0,90. Por tanto, los tres constructos son válidos. Los cinco constructos también demuestran tener validez discriminante, lo que hace que se diferencien unos de otros en su capacidad de medir la satisfacción.

Tabla 9. El modelo de medición-validez discriminante.

Ratio Heterotrait–Monotrait (HTMT)					
	HP	NHP	FET	EFI	L
HP					
NHP	0.63				
FET	0.679	0.593			
EFI	0.73	0.661	0.756		
L	0.697	0.588	0.626	0.785	
Criterio de Fornell–Larcker					
	HP	NHP	FET	EFI	L
HP	0.817				
NHP	0.613	0.921			
FET	0.672	0.531	0.765		
EFI	0.682	0.613	0.672	0.712	
L	0.65	0.546	0.566	0.72	0.923

5.3.3. Modelo Estructural utilizado

Siguiendo la dirección de Hair et al. (2014), se descartan los problemas de colinealidad entre los constructos, ya que los valores de VIF son inferiores a cinco (ver Tabla 10).

Tabla 10. Los valores del factor de inflación de la varianza (VIF) del modelo estructural.

Construct	HP	NHP	FET	EFI	L
HP				1.907	2.184
NHP				1.655	1.792
FET				1.726	2.02
EFI					2.504
L					

En cuanto al modelo estructural, como se muestra en la tabla 11, las hipótesis de que el personal no sanitario (H4) y las instalaciones y el equipamiento influyen positivamente en la fidelidad al servicio no fueron estadísticamente significativas. Las cinco restantes fueron estadísticamente significativas, con $p < 0.005$.

Tabla 11. El Modelo Estructural.

Hipotesis	Efecto Sugerido	Coefficiente Path	Intervalo de Confianza 99%	Estudiantes su t	p -valor
H1: HP -> EFI	+	0.3331 ***	[0.2410; 0.4223]	6.0374	0.0000
H2: HP -> L	+	0.2525 ***	[0.1039; 0.4118]	2.7147	0.0033
H3: NHP -> EFI	+	0.2338 ***	[0.1547; 0.3252]	4.4977	0.0000
H4: NHP -> L	+	0.0856	[-0.0566; 0.2069]	1.0763	0.1409
H5: FET -> EFI	+	0.3428 ***	[0.2545; 0.4314]	6.3340	0.0000
H6: FET -> L	+	0.0595	[-0.0555; 0.1763]	0.8476	0.1983
H7: EFI -> L	+	0.4550 ***	[0.3345; 0.5904]	5.9320	0.0000

*** $p < 0.001$; basado en un bootstrapping de 10.000 muestras con una prueba de una cola.

Los efectos sobre las variables endógenas se representan en la Tabla 12. Según los criterios de Hair et al. (2014), los constructos EFI y L tienen un poder explicativo moderado ($R^2 > 0,5$).

La relevancia predictiva de los constructos según el test de Stone-Geisser (Q^2) alcanzó valores positivos.

La evaluación del tamaño de los efectos (f^2) muestra varios resultados-(a) un efecto pequeño ($0,02 \leq f^2 < 0,15$) en H2, H3 y H1; y (b) un efecto moderado ($0,15 \leq f^2 < 0,35$) en H5 y H7. Asimismo, cabe destacar que el tamaño del efecto de las hipótesis H4 y H6 está por debajo del límite inferior del efecto pequeño (0,02).

Tabla 12. Efectos sobre las variables endógenas.

Constructo	R ²	Q ²	f ²	Efecto Directo	Correlación	Varianza explicada
EFI	0.6007	0.2792				
H1: HP			0.1457	0.3331	0.682	22.70%
H3: NHP			0.0827	0.2338	0.6131	14.30%
H5: FET			0.1705	0.3428	0.6715	23.00%
L	0.572	0.4529				
H2: HP			0.0682	0.2525	0.6501	16.40%
H4: NHP			0.0096	0.0856	0.5457	4.70%
H6: FET			0.0041	0.0595	0.5656	3.40%
H7: EFI			0.1932	0.455	0.7197	32.70%

5.4 Discusión

Este estudio utilizó la metodología PLS y se llevó a cabo en tres fases. La evaluación del modelo global mostró que el modelo se ajusta a los datos. Asimismo, la evaluación del modelo de medición mostró que los indicadores propuestos se adaptan a los constructos "personal sanitario", "personal no sanitario", "instalaciones y equipos", "eficiencia" y "lealtad". Además, estos cinco constructos tienen validez discriminante, lo que los hace diferentes entre sí para medir la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el Perú. En cuanto a la evaluación del modelo estructural, las características dependientes del personal sanitario, del personal no sanitario y de las instalaciones y equipos con los que cuenta el hospital impactan positivamente en la eficiencia. Sin embargo, sólo las características dependientes del personal sanitario y la eficiencia se asocian a la fidelidad que el usuario desarrolla hacia los servicios sanitarios.

En cuanto a la evaluación de la fiabilidad y la validez del instrumento, encontramos que la escala HEALTHQUAL presentó estimaciones psicométricas adecuadas, ya que los constructos tienen validez discriminante y las cargas factoriales mostraron que los indicadores propuestos son adecuados para los constructos. Estos resultados son coherentes con el estudio realizado por Lee y Kim (2017), donde el uso de la escala HEALTHQUAL demostró su validez y fiabilidad para examinar las dimensiones de calidad de un servicio sanitario en Corea

del Sur en base a cinco componentes -a saber, la empatía, los tangibles, la seguridad, la eficiencia y el grado de mejora del servicio asistencial.

Por otro lado, la asociación encontrada entre la eficiencia y los factores relacionados con el personal sanitario, el personal no sanitario, las instalaciones y el equipamiento es similar al estudio reportado por Jiménez (2015), quien, en una revisión conceptual, afirmó que la atención médica es un proceso complejo en el que la interacción del paciente con el equipo sanitario, además de la tecnología y la infraestructura, juega un papel relevante en el logro de la calidad de la atención y la eficiencia del servicio. En este sentido, es importante destacar que el modelo de APP en salud ha surgido debido al incumplimiento de los estándares mínimos de calidad por parte de los centros de salud públicos, por lo que las APP representan un excelente mecanismo al fusionar las ventajas de las regulaciones del sector público y las operaciones del sector privado. Al respecto, las APP ofrecen servicios sanitarios con buena infraestructura, equipamiento moderno y personal sanitario capacitado, y promueven una cultura de calidad basada en la productividad y la eficiencia (Alborta et al., 2011).

En Perú, EsSalud fue la primera institución en promover proyectos de inversión en el sector salud a través de un modelo de APP que incluye servicios de bata blanca, donde el operador, además de promover la infraestructura y el equipamiento, incluye servicios asistenciales y administrativos. Se trata de una experiencia única que supera lo hecho hasta ahora en América Latina (Bravo-Orellana, 2013). El modelo ha mostrado mejoras en la calidad de los servicios a través de la obtención de certificaciones como la ISO 9001-2015 para la esterilización central, los servicios de hemodiálisis y la operación de la cadena de suministro al consumidor final en los hospitales Alberto Leonardo Barton Thompson y Guillermo Kaelin de la Fuente, ambos en la región de Lima (Peru) (Redacción, 2017).

En cuanto a la eficiencia, ambos hospitales han reducido los tiempos de espera, han implantado un proceso de gestión de "papel cero" y tienen un "coste por usuario asegurado" inferior al de otros hospitales, mostrando indicadores de satisfacción de los usuarios superiores al 80 % (Rodríguez-Abad, 2018).

Otra de las conclusiones de este estudio muestra que el factor "personal sanitario" influye positivamente en la fidelidad, lo que está relacionado con lo mencionado anteriormente sobre los servicios de bata blanca operados por las APP, en los que el personal sanitario (es decir, médicos, enfermeras y técnicos) y el personal administrativo (es decir, el personal no sanitario) son seleccionados y formados continuamente para proporcionar servicios sanitarios preventivos y de buena calidad. Todos estos factores tienen un impacto positivo en la satisfacción del usuario, mejorando su percepción del servicio y la intención de volver a utilizarlo. La asociación entre eficiencia y fidelidad obtenida en este estudio pone de manifiesto que si se presta un servicio eficiente, la fidelidad del paciente aumenta. Sin embargo, hasta donde sabemos, no hay estudios en América Latina que hayan explicado esta relación en el sector de la salud; por lo tanto, este es un estudio pionero y contribuye a cerrar la brecha existente en la literatura sobre el tema.

En nuestro estudio, el diseño de un nuevo constructo de fidelidad incorporó indicadores para determinar si el paciente volvería al hospital de nuevo, si el paciente recomendaría el hospital a familiares y amigos, y si el usuario repetiría la experiencia sanitaria debido a la eficacia del servicio recibido. No pudimos encontrar un estudio en América Latina que incluyera este constructo de lealtad en las herramientas de medición de la calidad de los servicios de salud, por lo que sería relevante que pudiera ser tomado en cuenta para futuras evaluaciones o investigaciones en este campo.

Por otro lado, la adaptación de la escala SERVQUAL, denominada HEALTHQUAL, realizada en hospitales españoles por Mirada et al. (2010), supuso una validación del nuevo constructo y una evaluación de su fiabilidad. Sin embargo, no existe evidencia en Perú de su validez aplicada en servicios sanitarios públicos ni en hospitales privados. En este sentido, este estudio es el primero en América Latina que valida el uso de la escala HEALTHQUAL para medir la satisfacción de los usuarios en hospitales de APP utilizando la metodología de modelado de ecuaciones estructurales PLS. En cambio, diversos estudios sobre la satisfacción de los usuarios en los servicios sanitarios realizados en América Latina (Seclén y Darras, 2005; Sifuentes, 2000; Cabello y Chirinos, 2012) han utilizado otros tipos de análisis, como los bivariados y multivariados, la prueba t de Student y el análisis de la varianza (ANOVA). Estos estudios anteriores muestran diversas interpretaciones, en las que la satisfacción global del usuario se analiza de forma muy general y ambigua, lo que no permite establecer propuestas de solución a los problemas con precisión. Además, algunos de estos estudios sólo buscaban validar el instrumento, mientras que el presente estudio valida tanto el modelo teórico (es decir, las hipótesis) como el instrumento de medición.

Por último, esta investigación tiene algunas limitaciones. En primer lugar, puede haber un posible sesgo de selección, porque el muestreo fue no probabilístico; por lo tanto, estos resultados no pueden generalizarse a toda la población. En segundo lugar, el estudio tiene un sesgo de información, debido a que no fue posible evaluar otras características que realmente miden el nivel de satisfacción de los usuarios externos, lo que puede llevar a estimaciones imprecisas o a una mala clasificación en grupos de interés. Por último, debido al diseño transversal y a la ausencia de temporalidad, no es posible atribuir una fuerte causalidad entre las características evaluadas. Futuras investigaciones podrían considerar un diseño longitudinal que al menos contemple información en dos momentos diferentes del tiempo.

5.5. Conclusiones

En conclusión, nuestra investigación mostró que la escala HEALTHQUAL presenta óptimas propiedades psicométricas relacionadas con la validez de contenido y de constructo, lo que sugiere que es un instrumento válido y aplicable para medir el nivel de satisfacción de los usuarios en los hospitales de APP. Por otro lado, nuestra investigación demostró que los constructos personales sanitario, personal no sanitario e instalaciones y equipamiento impactan significativamente en la eficiencia percibida. Sin embargo, sólo las características dependientes del personal sanitario se asocian con la fidelidad de los usuarios a los servicios sanitarios. La relación entre cada uno de los componentes o variables de la calidad del servicio sanitario que afectan a la satisfacción de los pacientes y el nivel de satisfacción de éstos con los centros sanitarios en el modelo de APP fue muy alta y positiva en Perú.

**CAPITULO 6. EL MODELO KANO APLICADO A
LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
EN HOSPITALES PERUANOS QUE SIGUEN EL
MODELO APP**

6.1. Introducción

La calidad de los servicios sanitarios es un determinante fundamental del crecimiento económico y el desarrollo. Un sistema sanitario deficiente tiene efectos en la sociedad a nivel político, económico, cultural y social (Javed et al., 2019). La mala calidad de los servicios sanitarios repercute directamente en la calidad de vida de los usuarios, así como en los costes de la asistencia y en la insatisfacción de los pacientes (Forrellat-Barrios, 2014). Adicionalmente, la pandemia de COVID-19 ha provocado una transformación urgente de los sistemas de salud y de la calidad de la atención de salud a nivel mundial.

En este sentido, mejorar la calidad de la atención al paciente es uno de los principales retos del sector sanitario. Los pacientes satisfechos participan más activamente en el seguimiento de los resultados de su atención sanitaria, en la finalización de los tratamientos y en la reducción de sus reingresos hospitalarios, evitando así los costes asociados (Bleich et al., 2009; Sullivan and Ellner, 2015).

En la literatura sobre modelos de gestión de servicios sanitarios, las Asociaciones Público-Privadas (APP) se han hecho populares en todo el mundo como forma de mejorar la prestación de servicios sanitarios y suelen estar asociadas a la financiación de proyectos. El modelo de colaboración público-privada se basa en contratos por los que una entidad pública delega en una entidad privada la gestión de determinados servicios sanitarios, de los que se responsabiliza durante un periodo de tiempo determinado y con unos indicadores de rendimiento predeterminados (Khan y Puthussery, 2019). Adicionalmente, los modelos de gestión de las APP tienen un importante componente de responsabilidad. En estos modelos de gestión, están bien establecidas las responsabilidades de cada una de las partes implicadas (Broadbent y Laughlin, 2003; Moro Visconti y Morea, 2020; Morea y Gebennini, 2021).

Las APP sanitarias tienen el potencial de generar varios beneficios, entre los que se incluyen (i) mejores decisiones de inversión, (ii) una entrega de infraestructuras más eficiente y (iii) servicios sanitarios de mayor calidad. Sin embargo, las APP también están asociadas a costes adicionales de transacción y financiación y pueden dar lugar a problemas de asequibilidad (Moro Visconti and Morea, 2020). Este modelo es especialmente adecuado para los países emergentes (Visconti et al., 2017; Greve et al., 2021).

Sin embargo, no todos los proyectos de APP se enfrentan al mismo conjunto de riesgos. En el sector sanitario, existen riesgos relacionados con la demanda y los cambios tecnológicos, así como con la evolución de los patrones de atención médica (Cruz and Marques, 2013). Con la variedad de riesgos inherentes junto con la relación significativa con la carga unitaria (De Marco and Mangano, 2013), La gestión eficaz de los riesgos se considera, por tanto, un reto y una exigencia. Sin embargo, hay pruebas de que el establecimiento de un modelo específico de gestión de riesgos de las APP es todavía escaso (De Marco and Mangano, 2013).

Las metodologías para evaluar la satisfacción de los pacientes se han convertido en un tema de investigación en la gestión sanitaria en las últimas décadas. La satisfacción relacionada con la calidad de los servicios sanitarios se basaba inicialmente en el enfoque tradicional unidimensional, que se centraba únicamente en el servicio recibido (Möller-Leimkühler et al., 2002). El trabajo seminal de garantía de calidad de Avedis Donabedian (1980) identificó la importancia de la satisfacción del paciente para garantizar la calidad de los servicios de salud, seguido del uso extensivo de la evaluación de la satisfacción centrada en la interacción entre el paciente y el servicio de salud (Oliveira et al., 2006; Sullivan, 2013).

Actualmente, la tendencia de la evaluación de la satisfacción basada en un modelo integral se centra en la evaluación de los distintos componentes que rodean la interacción entre el paciente y el servicio de salud (Shahin and Akasheh, 2017; Lotfizadeh et al., 2017). Uno de estos

modelos integrales es el modelo Kano. Este modelo evalúa la calidad de la atención identificando las características o atributos de un servicio que tiene un alto impacto en la satisfacción del paciente (Gustavsson et al., 2016).

Este cambio de enfoque está relacionado con la evolución de la definición de calidad en la propia asistencia sanitaria, que inicialmente se entendía como la medida en que los servicios sanitarios prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados, de acuerdo con los conocimientos profesionales (Kohn, 2000). Sin embargo, esta definición no tiene en cuenta las percepciones de la calidad de la asistencia sanitaria, como por ejemplo si el tratamiento o la información recibida fueron adecuados (Mitrabasu, 2013).

La necesidad de adaptar el modelo Kano al ámbito sanitario surge de la falta de un método sistemático para mejorar la calidad de los servicios sanitarios (Gupta and Srivastava, 2011). Aunque el modelo Kano se utilizó originalmente para elevar la calidad de un producto desarrollado en el ámbito de la fabricación (Kano et al., 1984), también se ha aplicado en diferentes industrias y servicios (Kuo et al., 2010), incluidos los servicios de salud (Gupta and Srivastava, 2011; Materla et al., 2019; Chiou and Cheng, 2008; Sulisworo, 2012) y otros sectores, como el turismo (Pawitra and Tan, 2003), education (Sahney, 2011), y la banca (Chen and Kuo, 2011).

La adaptación de esta metodología supone un reto especial debido a las características propias de un servicio sanitario, que incluye el contacto intensivo con los usuarios y el sentido de la oportunidad de la atención. El uso del modelo bidimensional de Kano ha sido eficaz en el ámbito sanitario porque no sólo indica las expectativas de calidad que tiene el paciente, sino que también permite comprender las diferencias en estas expectativas teniendo en cuenta las

características de estos pacientes (Hejaili et al., 2009). En este modelo de servicio, la percepción de los usuarios o pacientes es más importante que nunca (Huang, 2018).

Sólo cuando se atiende adecuadamente a los usuarios, teniendo en cuenta sus propias perspectivas del servicio y los productos asociados, se puede mejorar y mostrar la eficacia del servicio de salud utilizado (Sanakulov and Karjaluoto, 2015).

Adicionalmente, el modelo de Kano representa una valiosa oportunidad para evaluar las características relativas a la mejora de la calidad de los servicios sanitarios en el marco del modelo de colaboración público-privada, de forma exhaustiva (Khan and Puthussery, 2019; Morea and Gebennini, 2021). Teniendo en cuenta lo anterior, el modelo Kano se presenta en este trabajo como un enfoque alternativo de evaluación, basado en la perspectiva del usuario, y porque el modelo de APP considera varios elementos, integrados a la prestación del servicio de salud (Gupta and Srivastava, 2011).

Este estudio es complementario a una investigación anterior de los actuales autores (Barrios-Ipenza et al., 2020), donde se utilizó una escala multidimensional denominada HEALTHQUAL (Lam, 1997) para evaluar la calidad de los servicios de salud y sus características desde el punto de vista del paciente. Este estudio se realizó en dos hospitales ubicados en diferentes zonas geográficas, en Lima y Callao en Perú. Nuestros dos estudios, el de Barrios-Ipenza et al. (2020) y el presente, se realizaron en los mismos hospitales (Barton y Kaelin), pero con diferentes muestras de usuarios.

Los objetivos de este estudio fueron: (1) evaluar la calidad de los servicios de salud a través de un enfoque multidimensional utilizando la metodología del modelo de Kano en los dos hospitales de APP en Perú; (2) identificar y clasificar los atributos que definen la calidad de los servicios de salud en función del grado de cumplimiento del servicio y del grado de

satisfacción del cliente (es decir, imprescindible, unidimensional, atractivo, indiferente e inverso); (3) utilizar la clasificación anterior para orientar acciones de mejora en la gestión hospitalaria.

Para perseguir estos objetivos, en el artículo se proponen las siguientes secciones: En la sección 2 se presenta el modelo teórico referido al modelo de Kano; en la sección 3 se describen los materiales y la metodología que se utilizaron dentro del marco, de acuerdo con los objetivos de la investigación; en la sección 4 se presentan los resultados a partir de los cuestionarios realizados en dos hospitales peruanos; en la sección 5 se presenta la discusión de los resultados teniendo en cuenta los objetivos previamente definidos en la sección 1, y en la sección 6 se describen las principales conclusiones del estudio.

6.2. Modelo Teórico

La calidad y la excelencia en el servicio son conceptos estrechamente relacionados, que parten ambos de la premisa de satisfacer las necesidades del cliente. Son dos términos subjetivos porque dependen de las percepciones y actitudes de los clientes respecto a los servicios ofrecidos (Davies et al., 1999). Sin embargo, calidad y excelencia no son sinónimos. La calidad busca satisfacer las necesidades del cliente, mientras que la excelencia va más allá, intentando generar emociones y sentimientos en el cliente (Gouthier et al., 2012).

Según la norma CEN/TS 16880 de 2015 (AENOR, 2016), la excelencia en el servicio representa las capacidades de una organización para ofrecer constantemente experiencias excepcionales a los clientes. En este sentido, Asif (2015) distinguió dos elementos clave en la conceptualización de la excelencia del servicio. Por un lado, la base del concepto convencional de excelencia en el servicio es la satisfacción del cliente y, por otro, la necesidad de un enfoque sistemático para su aplicación.

Según Schneider y Bowen (1999), el deleite consiste en generar emociones de placer y asombro en el cliente que influyen positivamente en su comportamiento, aumentando la posibilidad de una nueva compra y promoviendo su fidelidad. Para Berman (2005), la diferencia entre satisfacción y deleite del cliente puede entenderse en función de los resultados de la experiencia de servicio (negativos o positivos) y de la presencia de expectativas (con o sin expectativas previas). Así, el cliente estará satisfecho cuando el resultado sea positivo en relación con sus expectativas. Por el contrario, el cliente estará insatisfecho cuando no se hayan cumplido sus expectativas. Sin embargo, cuando este no tiene una expectativa previa y siente que el resultado de la experiencia es positivo, se logrará el deleite; de lo contrario, el cliente estará indignado con el servicio.

Por último, Berman (2005) indicó que las expectativas de los clientes están determinadas por sus experiencias anteriores en el mismo nivel de servicio, lo que puede llevar a que la satisfacción se produzca simplemente después de varias experiencias. Por ello, las organizaciones excelentes tienen que esforzarse por ofrecer servicios que sorprendan al cliente yendo más allá de sus expectativas para provocar su deleite.

Diferentes enfoques han abordado el problema de la excelencia en el servicio en la literatura especializada, siendo los más destacados el modelo Johnston (2004; 2007), el modelo SERV*OR (Lytltw et al., 1998), el modelo de excelencia empresarial (EFQM, s.f.; Asif y Gouthier, 2014), y el modelo Kano (Kano et al., 1984).

El modelo de Johnston cuestiona la creencia tradicional de que el núcleo del servicio excelente reside en superar las expectativas de los clientes y deleitarlos. En concreto, considera que superar las expectativas de los clientes no siempre es factible, ya que genera un uso excesivo de recursos y encarece el servicio (Johnston, 2004).

El modelo identifica una serie de elementos clave en la excelencia del servicio (Johnston, 2007):

- (1) Cumplir una promesa: Este es el elemento central del modelo y es lo que lo diferencia de los conceptos tradicionales de excelencia en el servicio. La organización es digna de confianza, ya que hace lo que dice y no decepciona al cliente.
- (2) Proporcionar un toque personal: Esto hace que el cliente se sienta privilegiado, ya que la organización se preocupa por el cliente y ofrece un servicio personalizado.
- (3) Ir más allá: Consiste en dedicar un esfuerzo extra, es decir, ir más allá y tratar de anticiparse a las necesidades de los clientes.
- (4) Tratar bien los problemas y las consultas: La capacidad de reacción de la organización ante un servicio fallido es un elemento importante para los clientes.

Como se puede observar, el modelo Johnston sostiene que las organizaciones deben actuar de forma que cumplan lo que prometen, proporcionando un toque personal (enfoque activo), y, en caso de dificultades, adopta las medidas adecuadas para resolverlas (enfoque reactivo) (Schneider y Bowen, 1999). Entre las limitaciones se encuentra la ausencia de un enfoque sistemático en el que se establezcan estructuras y comportamientos que garanticen la coherencia en la prestación de servicios excelentes (Hejaili et al., 2009).

El modelo SERV*OR considera la orientación al servicio como un factor determinante para la creación de valor para el cliente. La orientación al servicio consiste en la adopción de un

conjunto de políticas, prácticas, procedimientos y rutinas que apoyan los comportamientos que conducen a lograr la excelencia en el servicio (Lytle et al., 1998):

- (1) Liderazgo de servicio: Es clave la existencia de un líder de servicio que se encargue de motivar y ayudar a satisfacer las necesidades de los empleados en su entorno laboral. Es necesario comunicar una visión de servicio, es decir, una actitud de ofrecer un servicio de calidad.
- (2) Encuentros de servicio: Son las interacciones del empleado con los clientes en los llamados "momentos de la verdad". Así, el trato que reciben los clientes tiene un impacto directo en su percepción del servicio prestado y en su satisfacción. Por lo tanto, la organización debe llevar a cabo prácticas que creen una percepción positiva de los clientes sobre el rendimiento del servicio. También es necesario dar a los empleados el poder de tomar decisiones en este ámbito (empowerment). De este modo, los miembros del personal se sienten más responsables, están más motivados y son más productivos, por lo que responden más rápidamente a las quejas o problemas que plantea el cliente.
- (3) Sistemas de servicio: Es necesario desarrollar un sistema integrado de prácticas y procedimientos para lograr la prestación de un servicio de calidad. Este sistema debe incluir prácticas de prevención y recuperación de los fallos del servicio y de comunicación con el cliente.

- (4) Gestión de los recursos humanos: La organización debe desarrollar medidas de formación, ya que la formación y la recompensa de los trabajadores están relacionadas con las mejoras en la prestación del servicio al cliente.

Para Asif (2015), la contribución más significativa de este modelo fue la descripción de las estructuras que proporciona un enfoque sistemático para el aprendizaje y la mejora continua en la prestación de servicios. Sin embargo, no aborda los aspectos clave de la excelencia en el servicio, como la satisfacción del cliente.

A finales de los años ochenta se desarrollaron los Modelos de Excelencia Empresarial (MEE). Los MEE más extendidos son el Modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) (s.f.) y el Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige (PNCMB) (s.f.). La premisa fundamental de estos modelos es que los resultados excelentes, de cara a los clientes y otras partes interesadas, se consiguen a través de una gestión centrada en el liderazgo, la estrategia, las personas, los recursos y la cooperación, además de tener un enfoque en los procesos. Adicionalmente, los MEE están orientadas a la mejora continua, indicando que actividades, como la innovación, el aprendizaje o la creatividad, promueven y potencian el impacto que la gestión tiene en los resultados de la organización (Periañez-Cristobal et al., 2020). Sin embargo, como indicaron Asif y Gouthier (2014), los MEE son de carácter genérico y no abordan los elementos centrales de la excelencia en los servicios. Son marcos no prescriptivos y no proporcionan orientación específica para su aplicación a nivel operativo.

Los servicios sanitarios tienen características únicas en comparación con otros tipos de servicios. La calidad de los servicios en el sector sanitario es más importante en comparación con la de otros sectores porque los servicios de salud de alta calidad tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar de las personas (Rezaei et al., 2018). Cuando nos

referimos a los servicios sanitarios, nos centramos en atender y resolver las necesidades físicas, psicológicas y sociales que tienen las personas. Por ello, es necesario recurrir a herramientas de evaluación que recojan esta multidimensionalidad de las necesidades (Rose et al., 2004).

Adicionalmente, en el sector sanitario, la implantación de estrategias de gestión de la calidad representa un factor crítico para alcanzar la excelencia en las organizaciones relacionadas con la salud (Forrellat-Barrios, 2014; Bleich et al., 2009; Barrios-Ipenza et al., 2020).

El modelo Kano (Kano et al., 1984) es el marco que mejor se ajusta a los objetivos de este estudio, debido a las limitaciones que presentan los modelos anteriores a la hora de identificar y clasificar los atributos que definen la satisfacción, la insatisfacción y el agrado del cliente. Asimismo, por las dimensiones que aborda el modelo de Kano, guarda una fuerte relación con las características intrínsecas de los modelos de gestión de servicios sanitarios de la APP (Visconti et al., 2017).

De este modo, el modelo Kano asume que es posible que los factores que influyen en la satisfacción presenten un comportamiento no lineal; que los factores que producen satisfacción no son los mismos que los que producen insatisfacción; y que puede haber factores, no esperados por el cliente, que aumenten la satisfacción del cliente más que proporcionalmente (por ejemplo, los atributos de deleite).

Tradicionalmente, la satisfacción de los usuarios se mide de forma unidimensional (Go y Kim, 2018), es decir, el nivel de satisfacción de un usuario se considera proporcional únicamente al rendimiento del servicio ofrecido (Jané, 2003). Sin embargo, esta relación lineal entre las variables de satisfacción y calidad del servicio es imprecisa (Materla et al., 2019). Para superar esta limitación unidimensional, el modelo de Kano ofrece un enfoque dualista.

El modelo Kano clasifica los atributos de calidad en función del grado de cumplimiento del servicio (eje horizontal) y del grado de satisfacción del cliente (eje vertical) y divide los atributos de calidad de los productos o servicios en cinco categorías: (1) La obligatoria o "debe ser" (M), (2) la atractiva (A), (3) la unidimensional (O), (4) la inversa (R) y (5) la indiferente (I). La definición de cada una de las características es la siguiente:

- Obligatoria o "must-be" (M): Esta característica es un requisito básico, por lo que su ausencia provoca una insatisfacción extrema del cliente. El cliente da por sentado este requisito, por lo que su cumplimiento no aumenta su nivel de satisfacción. El cumplimiento de este requisito conduce a un estado de "satisfecho".
- Unidimensional (O): Esta característica es un requisito de tipo lineal; cuando se cumple, la satisfacción del cliente aumenta, pero cuando no se cumple, el nivel de satisfacción del cliente disminuye, es decir, aumenta su insatisfacción. Esta característica es lo que los clientes esperan del servicio propuesto; es un requisito de rendimiento que suelen exigir los clientes.
- Atractivo (A): Esta característica es la que más influye en el nivel de satisfacción del cliente. Puede que el cliente no exprese o espere esta característica de forma explícita; sin embargo, su presencia aumenta la satisfacción de forma más que proporcional. Además, si no se cumple, la satisfacción no disminuye. En consecuencia, los requisitos atractivos

permiten diferenciar el producto/servicio de la competencia. Esta característica comprende los atributos relacionados con el deleite del cliente.

- Indiferente (I): Esta característica presenta un requisito de no preferencia, lo que implica que el cliente es indiferente a la característica.
- Inversa (R): Esta característica es la que genera la satisfacción del cliente cuando no está presente y la insatisfacción cuando se produce.

El modelo de Kano, sugerido por Jin et al. (2019), se presenta en la figura 2.

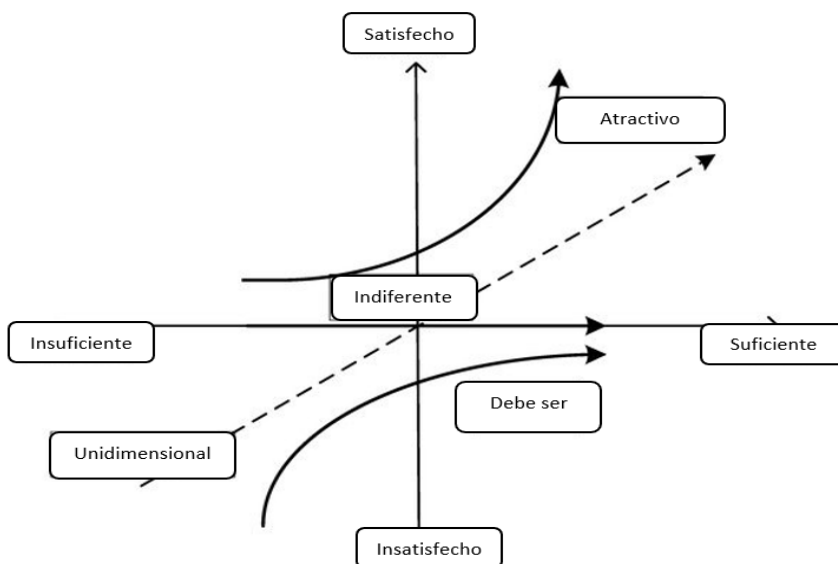


Figura 2 El Modelo de Kano (Kano et al., 1984), según lo sugerido por Jin et al. (2019).

6.3. Materiales y Métodos

6.3.1. Participantes

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo de corte transversal mediante una encuesta de satisfacción de servicios de salud utilizando la metodología del modelo Kano. Se realizó un muestreo no probabilístico para seleccionar una muestra de 250 usuarios que asistieron a los servicios de consulta externa en los dos hospitales de APP de Lima y Callao. Ambos hospitales cuentan con servicios de atención primaria de salud y están ubicados en las cercanías, y ambos tienen 11 años de funcionamiento y forman parte del sistema de Seguridad Social. Los usuarios fueron seleccionados intencionalmente de los servicios ambulatorios por los entrevistadores. Ambos hospitales atienden a más de 250.000 pacientes al año. La información se recogió en enero de 2019. Un total de 128 usuarios fueron evaluados en el Hospital Guillermo Kaelin de la Fuente (Lima) y 122 usuarios en el Hospital Alberto Barton Thompson (Callao).

El proceso de difusión de este cuestionario se basó en entrevistas cara a cara. Para ello, los responsables de la recogida de información se acercaron a los usuarios una vez que éstos habían finalizado su servicio sanitario en los hospitales seleccionados.

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Los investigadores sólo tuvieron acceso a datos anónimos. Dado que el estudio utilizó únicamente datos secundarios recuperados, no se obtuvo ninguna aprobación ética. Para el análisis de los datos y la presentación de los resultados se han aplicado las convenciones de buena práctica científica, protección de datos y seguridad de la información en las siguientes secciones.

6.3.2. Instrumento utilizado para el artículo

Para la construcción del instrumento, se adaptaron las dimensiones y atributos de nuestro trabajo anterior (Barrios-Ipenza et al., 2020) que utilizó la escala multidimensional HEALTHQUAL, que mide la calidad de los servicios de salud y evalúa las características desde la perspectiva del paciente. Así, las dimensiones y atributos evaluados fueron: (1) personal sanitario; (2) personal no sanitario; (3) instalaciones, equipamiento y elementos tangibles; (4) eficiencia. La escala HEALTHQUAL ha sido validada previamente en diversos contextos para evaluar la calidad de los servicios sanitarios (Forrellat-Barrios, 2014; Barrios-Ipenza et al., 2020; Lam, 1997).

Para la identificación de los atributos que definen un servicio y su clasificación, el modelo Kano utiliza un cuestionario estructurado que contiene dos tipos de preguntas para cada atributo. Por un lado, hay preguntas funcionales, que preguntan cómo se siente el cliente si el atributo está presente en el servicio; por otro, hay preguntas disfuncionales, que preguntan cómo se siente el cliente cuando el atributo no está presente en el servicio (Kano et al., 1984; Lengnick-Hall, 1995).

El modelo de Kano utiliza pares de preguntas funcionales y disfuncionales para cada atributo del servicio; el atributo funcional examina si existe un nivel de calidad presente o adecuado, mientras que el atributo disfuncional supone que la calidad es inadecuada o insuficiente. Las respuestas alternativas de las preguntas del instrumento se presentaron en una escala Likert de cinco puntos (Kano et al., 1984). Las respuestas alternativas fueron: (1) Me gusta, (2) Espero que sea así, (3) Soy neutral, (4) Puedo aceptar que sea así, (5) Me disgusta que sea así. Además, el instrumento incluía preguntas relativas al sexo, la edad y la frecuencia de uso de los servicios sanitarios.

En el cuestionario se incluyeron un total de 65 preguntas. Tres de estas preguntas corresponden a cuestiones demográficas como el sexo, la edad y el hospital en el que fueron atendidos; las 62 preguntas restantes están relacionadas con el modelo de Kano que se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13. Descripción de las dimensiones y atributos evaluados en este estudio.

Dimensión	Atributo de servicio
Personal sanitario	1. Nivel de profesionalidad
	2. Amabilidad y cortesía de la salud personal
	3. Confianza en la salud personal
	4. Servicio personalizado
	5. Comunicación
	6. Atención individualizada brindada por la atención médica
	7. Interés por atender el problema del paciente
	8. Interés por comprender los problemas del paciente
	9. Prestigio del personal sanitario
	10. Explicación detallada del diagnóstico y el tratamiento.
Personal no sanitario	11. Nivel de profesionalidad
	12. Amabilidad y cortesía
	13. Atención individualizada hacia los problemas del paciente
	14. Interés por atender los problemas del paciente
Facilidades, Equipos y Tangibles	15. Limpieza
	16. Equipo
	17. Accesibilidad
	18. Aspecto y presencia del personal sanitario
	19. Aspecto y presencia del personal no sanitario
	20. Señalización clara de cada departamento del hospital
Eficiencia	21. Concertación de una cita médica
	22. Nivel de burocracia
	23. Tiempo de espera en el centro sanitario
	24. Servicio informatizado
	25. Pruebas auxiliares
	26. Resolución de reclamaciones
	27. Tiempo dedicado a la atención de los pacientes
	28. Horario del centro sanitario
	29. Gasto médico
	30. Mejora de la condición médica
	31. Efectos secundarios de la toma de medicamentos

6.3.3. Métodos y análisis de datos

Las percepciones de los usuarios se clasificaron en seis categorías. En este estudio, además de las cinco categorías originales del modelo de Kano (Kano et al., 1984), se incorporó una más vinculada al atributo, denominada cuestionable (Q), que sugiere que no está claro si la calidad es la esperada por el usuario, y que fue reportada originalmente por otros autores en Grecia e

Indonesia (Vassiliadis et al., 2014; Sulisworo, 2012). A partir de la información reportada, las respuestas de los entrevistados se clasificaron como (Tabla 2): Atributos imprescindibles (M), atributos unidimensionales (O), atributos atractivos (A), atributos indiferentes (I), atributos cuestionables (Q) y atributos inversos (R); esta tabla presenta el proceso de identificación de los atributos a partir de las preguntas y el tipo de respuesta proporcionada por los participantes.

Basándonos en estudios anteriores sobre la metodología del modelo Kano, realizamos un análisis descriptivo univariante. Por lo tanto, los coeficientes de satisfacción (CS) e insatisfacción (DS) se calcularon utilizando la metodología propuesta por Berger, Blauth y Boger (1993), que se utilizan ampliamente en la literatura del modelo Kano relacionado con la salud (Gupta y Srivastava, 2011; Materla et al., 2019; Vassiliadis et al., 2014). Estos coeficientes pueden utilizarse para encontrar el impacto medio de un requisito en la satisfacción del cliente. Para calcular el impacto medio en la satisfacción del cliente, se sumaron los atributos unidimensional y atractivo y se dividieron por la suma total de los atributos atractivo, imprescindible, unidimensional e indiferente. Para calcular el impacto de la insatisfacción, fue necesario sumar las columnas "debe ser" y "unidimensional" y dividirlo por el mismo factor que en el caso de la satisfacción (Table 14).

Estos coeficientes tienen un valor máximo de $CS = 1$ y $DS = -1$. Así, CS indica cuánto aumenta la satisfacción del cliente si se le proporciona un atributo de tipo "atractivo" o "unidimensional" (si es mejor que el de la competencia, la puntuación aumenta en este coeficiente). Por el contrario, DS indica cuánto disminuye la satisfacción del cliente si no se proporciona el atributo, en este caso, "obligatorio" o "unidimensional" (si es peor que el de la competencia, la puntuación disminuye en este coeficiente).

Tabla 14. Cálculo del grado de satisfacción e insatisfacción mediante el modelo de Kano.

Características	Cálculo
Grado de satisfacción (CS)	Atractivo + Unidimensional
	Atractivo + unidimensional + obligatorio + indiferente
Grado de insatisfacción (DS)	Obligatorio + unidimensional
	Atractivo + unidimensional + obligatorio + indiferente

Fiabilidad del cuestionario de Kano

El análisis de ítems se realizó para evaluar la fiabilidad interna del cuestionario de Kano. El alfa de Cronbach es una medida de la consistencia interna de un instrumento (es decir, un cuestionario) y se expresa como un número entre 0 y 1. Un valor de alfa de Cronbach de 0,7 se considera generalmente como un coeficiente de fiabilidad aceptable, tal como afirmaron anteriormente Materla et. al. (2019). Sobre la base de los criterios anteriores, nuestro cuestionario de Kano mostró una consistencia interna aceptable con un valor de alfa de Cronbach estandarizado de 0,75.

6.4. Resultados

Teniendo en cuenta las características demográficas de los participantes (Tabla 15), el mayor porcentaje de participantes está relacionado con los 35 a 54 años (40%). En cuanto al género, el porcentaje de mujeres es del 51% (128). En cuanto al centro hospitalario, el 51% de los encuestados (128) eran de Barton Thompson.

Tabla 15. Análisis descriptivo de las características demográficas de la muestra.

Variables	<i>n</i>	%	
Edad	18–34	67	27%
	35–54	101	40%
	55–74	60	24%
	75+	22	9%
Genero	Male	122	49%
	Female	128	51%
Hospital	Barton Thomson	128	51%
	Guillermo Kaelin	122	49%

Los resultados fueron analizados por las dimensiones de la escala HEALTHQUAL considerando la clasificación obtenida para el atributo, así como el nivel de satisfacción e insatisfacción reportado.

6.4.1. Personal Sanitario (PS)

Para esta dimensión, los resultados de los atributos evaluados fueron unidimensionales. Esto indica que la satisfacción se produce cuando se cumplen y la insatisfacción cuando no se cumplen.

Estas características positivas están relacionadas con la satisfacción del cliente, es decir, cuanto más se cumplen las características, mayor es el grado de satisfacción del cliente, y viceversa. Por ejemplo, cuanto más personalizado sea el servicio ofrecido por el personal sanitario, más satisfecho estará el usuario. Representan necesidades de rendimiento (calidad unidimensional).

En cuanto al grado de satisfacción o insatisfacción, observamos que, para todas las preguntas funcionales relacionadas con el personal sanitario, estaban vinculadas a un mayor nivel de insatisfacción que de satisfacción con la presencia de dicha característica. Por ejemplo, la pregunta sobre la amabilidad y la cortesía del personal sanitario presentó un coeficiente DS de -0,94, lo que llevó a una insatisfacción proporcionalmente mayor en ausencia de estas características en relación con la satisfacción del servicio, frente a un CS de 0,69 que aumentó proporcionalmente la satisfacción con el servicio en menor medida cuando estas características (amabilidad y cortesía) estaban presentes.

La tabla 16 presenta la clasificación de cada una de las preguntas funcionales correspondientes a la dimensión personal sanitario, así como las puntuaciones del grado de satisfacción e insatisfacción de cada uno de los elementos.

Tabla 16. Resultados correspondientes a la dimensión del personal sanitario.

Preguntas	Atributos	Niveles de calidad ¹						Clasif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
1	¿Qué le parece el nivel de profesionalidad del personal sanitario?	24	0	21	0	85	120	O	0.58	-0.82
2	Si el personal sanitario es amable y cortés, ¿cómo se siente?	12	0	4	0	74	160	O	0.69	-0.94
3	Si el personal sanitario es confiado, ¿cómo se siente?	2	0	8	0	99	141	O	0.57	-0.96
4	Si el personal sanitario presta un servicio personalizado, ¿cómo se siente?	10	1	9	0	98	132	O	0.57	-0.92
5	¿Cómo se siente si la comunicación con el personal sanitario es buena?	7	0	3	0	78	162	O	0.68	-0.96
6	¿Cómo se siente si la atención individualizada del personal sanitario es buena?	4	0	2	0	70	174	O	0.71	-0.98
7	¿Cómo se siente si el personal sanitario muestra interés por resolver sus problemas?	4	1	2	0	91	152	O	0.63	-0.98
8	¿Cómo se siente si el personal sanitario muestra interés en comprender sus problemas?	8	0	4	1	89	148	O	0.63	-0.95
9	Si el personal sanitario es prestigioso, ¿cómo se siente?	17	0	10	2	94	127	O	0.58	-0.89
10	Si los médicos explican con detalle los diagnósticos y el tratamiento de una enfermedad, ¿cómo se siente?	5	0	3	2	72	168	O	0.70	-0.97

¹ A = Atractivo, I = Indiferente, M = Debe ser, O = Unidimensional, Q = Cuestionable, and R = Contrario. ² Grado de satisfacción (CS). ³ Grado de insatisfacción (DS).

Aunque las preguntas funcionales se asociaron con la unidimensionalidad, algunas de las características de este dominio (es decir, la profesionalidad, la amabilidad y la cortesía, la confianza, el servicio personalizado y el personal prestigioso) se encontraron cerca de la sección obligatoria (Figura 3).

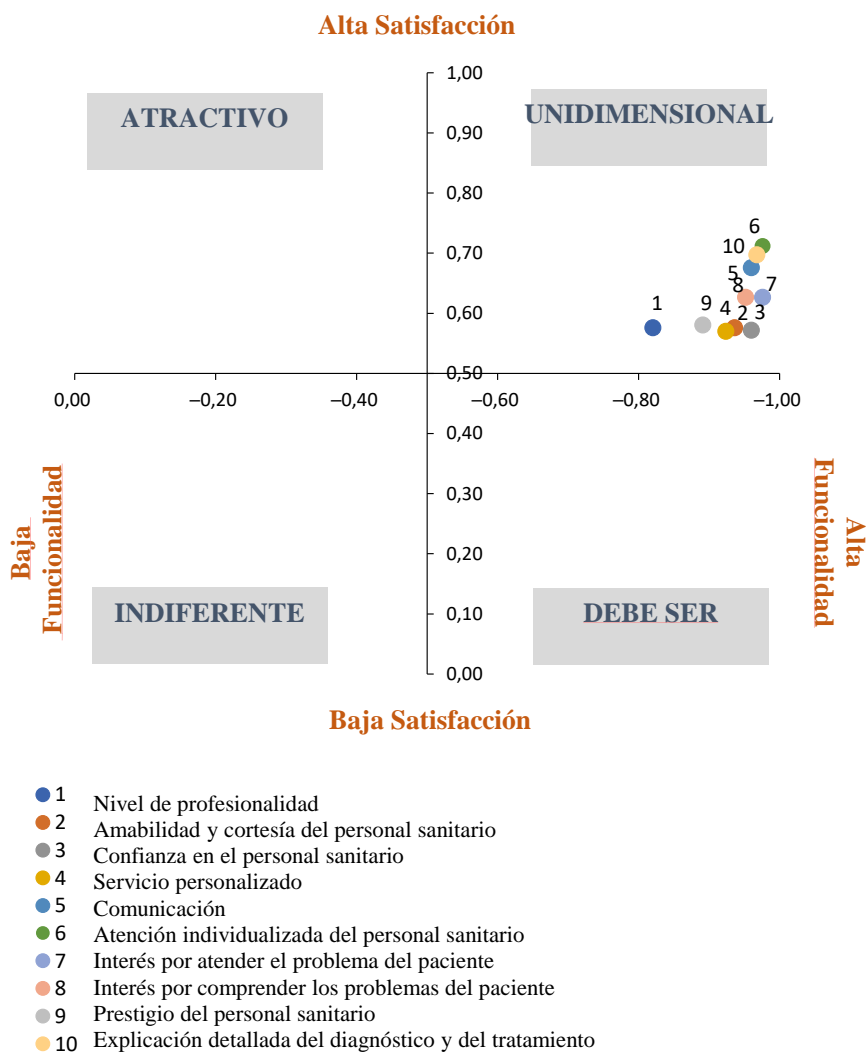


Figura 3 Clasificación de los atributos de la dimensión personal sanitario.

6.4.2. Personal no sanitario (PNS)

Al igual que en la dimensión anterior, las preguntas funcionales correspondientes a la dimensión del personal no sanitario eran unidimensionales. La Tabla 17 presenta los resultados a nivel de clasificación de las preguntas funcionales, así como los niveles de satisfacción e insatisfacción declarados.

En relación con estos dos últimos indicadores, se observó la misma tendencia que en el personal sanitario, es decir, la existencia de estas características evaluadas en las preguntas funcionales no generó un nivel de satisfacción tan elevado en comparación con la insatisfacción que los usuarios experimentaron en los casos en que no existían dichas cualidades. En las tres preguntas funcionales, la puntuación obtenida fue de -0,97.

Tabla 17. Resultados correspondientes a la dimensión del personal no sanitario.

Preguntas	Atributos	Niveles de calidad ¹						Clasif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
11	Si el personal no sanitario actúa con profesionalidad, ¿cómo se siente?	1	0	6	1	98	144	O	0.58	-0.97
12	Si el personal no sanitario es amable y cortés, ¿cómo se siente?	5	0	2	1	75	167	O	0.69	-0.97
13	¿Cómo se siente si el personal no sanitario atiende sus problemas?	3	0	5	2	88	152	O	0.63	-0.97
14	¿Cómo se siente si el personal no sanitario muestra interés por resolver sus problemas?	8	0	0	1	86	155	O	0.65	-0.97

¹ A = Atractivo, I = Indiferente, M = Debe ser, O = Unidimensional, Q = Cuestionable, and R = Contrario. ² Grado de satisfacción (CS). ³ Grado de insatisfacción (DS).

La figura 4 muestra que los atributos "profesionalidad" y "amabilidad y cortesía" estaban cerca del cuadrante obligatorio.

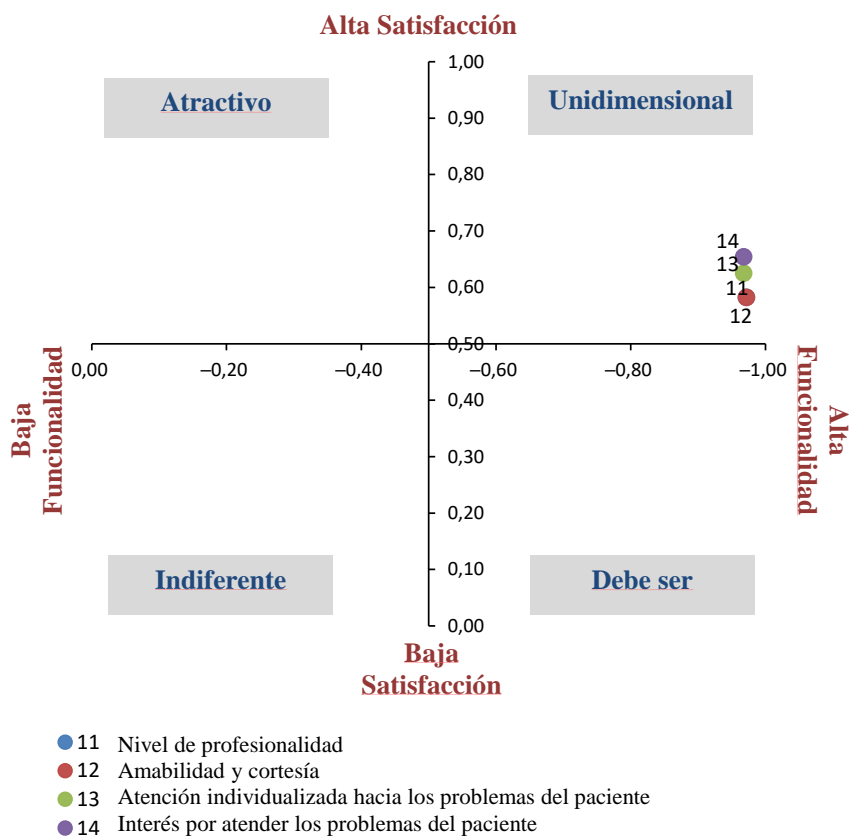


Figura 4 Clasificación de los atributos de la dimensión del personal no sanitario.

6.4.3. Facilidades, equipos y tangibles (IETT)

La clasificación de los atributos referidos a las instalaciones, el equipamiento y los tangibles (Tabla 18) indica que éstos fueron considerados unidimensionales. En cuanto al grado de satisfacción e insatisfacción, observamos que, al igual que en las demás dimensiones, el indicador de insatisfacción, en términos absolutos, fue superior al de satisfacción.

Sin embargo, la diferencia entre ambos indicadores fue menor en comparación con los resultados obtenidos en las otras dimensiones. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima

que se puede obtener en el indicador es 1 para el indicador de satisfacción y -1 para el de insatisfacción; en todas las preguntas funcionales, la puntuación fue muy cercana a este indicador. Esto significa que la existencia o no de cada una de estas características influye en gran medida en la satisfacción experimentada por el servicio por parte de los usuarios.

Tabla 18. Resultados correspondientes a la dimensión de instalaciones, equipos y bienes tangibles.

Preguntas	Atributos	Quality Levels ¹						Clasif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
15	¿Qué opina de la limpieza de las instalaciones?	6	0	4	0	56	184	O	0.76	-0.96
16	Si el equipamiento del centro sanitario es adecuado, ¿cómo se siente?	8	0	1	0	81	160	O	0.67	-0.96
17	Si la accesibilidad al centro sanitario es adecuada, ¿cómo se siente?	7	0	4	0	72	167	O	0.70	-0.96
18	Si el aspecto y la presencia del personal sanitario son adecuados, ¿cómo se siente?	10	0	5	0	62	173	O	0.73	-0.94
19	Si el aspecto y la presencia del personal no sanitario son adecuados, ¿cómo se siente?	11	0	9	0	58	172	O	0.73	-0.92
20	Si existe una señalización clara de cada departamento del hospital, ¿cómo se siente?	9	0	3	0	63	175	O	0.74	-0.95

¹ A = Atractivo, I = Indiferente, M = Debe ser, O = Unidimensional, Q = Cuestionable, and R = Contrario. ² Grado de satisfacción (CS). ³ Grado de insatisfacción (DS).

Según el modelo, los atributos evaluados fueron considerados por los usuarios como exclusivamente unidimensionales. La figura 5 presenta esta distribución de los indicadores en el cuadrante unidimensional.

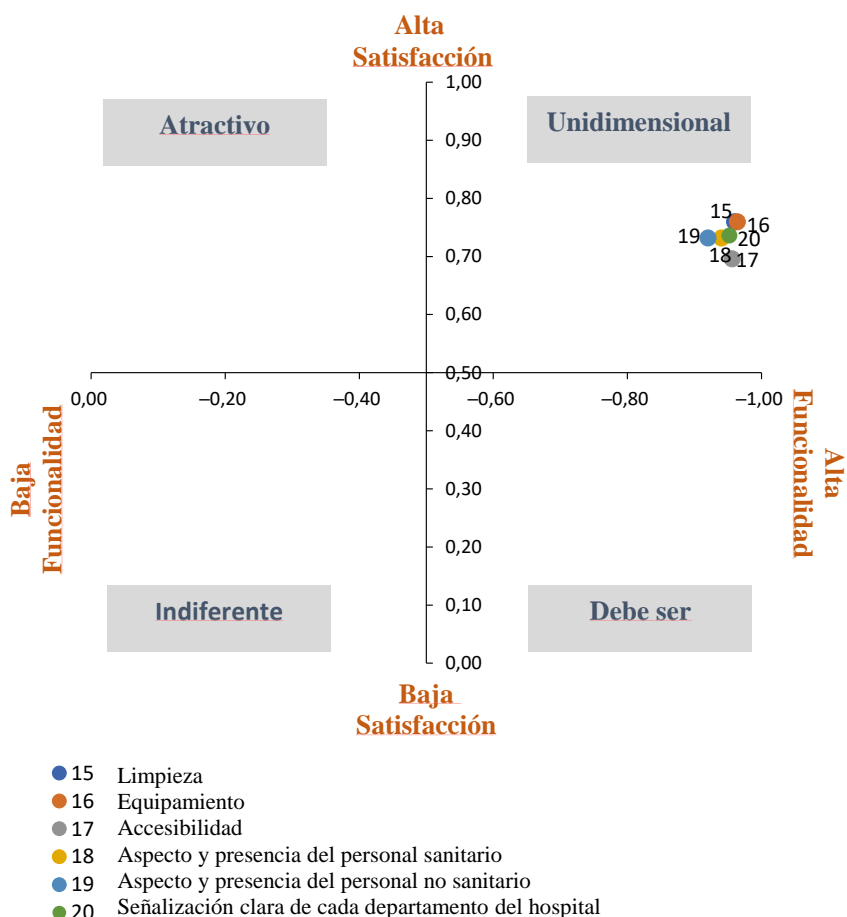


Figura 5 Clasificación de los atributos de la dimensión instalaciones, equipos y tangibles.

6.4.4. Eficiencia (E)

La clasificación de las preguntas funcionales relacionadas con la eficiencia de los indicadores de servicio fue principalmente unidimensional, excepto los atributos relacionados con "la posibilidad de concertar una cita médica", "el nivel de burocracia" y la "resolución de reclamaciones", que se clasificaron como obligatorios. Estas características que responden a cuestiones funcionales, aunque no aumentan la satisfacción del cliente, provocan una fuerte

insatisfacción si no están presentes. Representan necesidades básicas o esperadas (calidad básica o requerida). Además, identificamos un atributo como inverso: los "efectos secundarios de los medicamentos" (Tabla 19).

Esta clasificación está relacionada con las puntuaciones obtenidas en los indicadores de satisfacción e insatisfacción. En el caso de las preguntas funcionales vinculadas a la clasificación obligatoria, la CS reportada fue inferior a 0,5 y la DS fue cercana a -1.

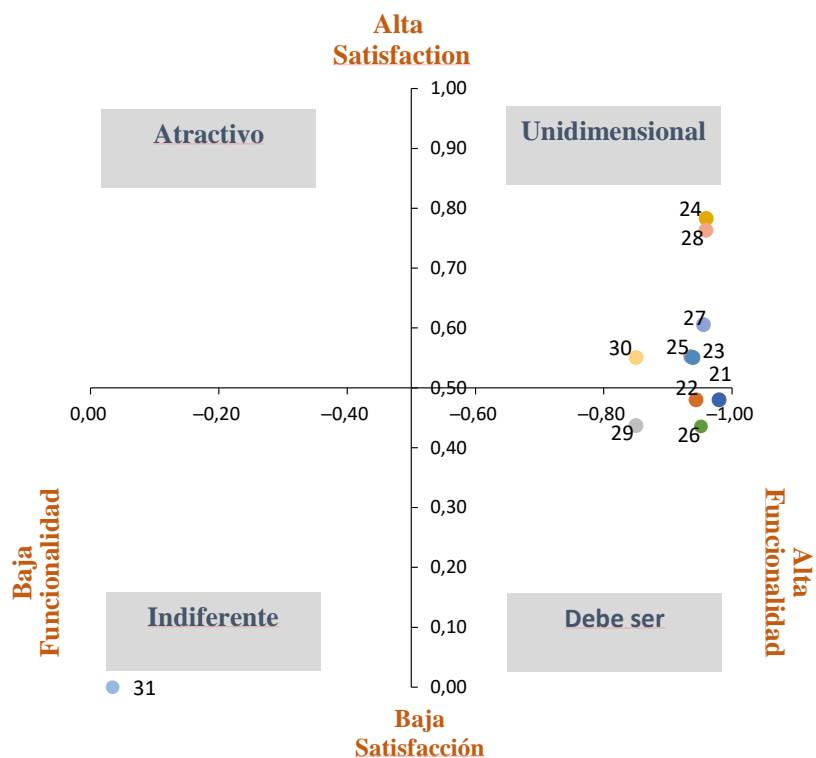
A partir de una interpretación visual de la Figura 6, para las preguntas funcionales unidimensionales, el indicador de insatisfacción fue mayor que el de satisfacción. En cuanto al atributo efectos secundarios, sólo en el caso de la ocurrencia relacionada con el consumo de un medicamento fue clasificado como inverso en relación a la satisfacción experimentada.

Tabla 19. Resultados correspondientes a la dimensión de eficiencia

Pregunta	Atributos	Nivel de Calidad ¹						Clasif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
21	Teniendo en cuenta las muchas facilidades para concertar una cita médica, ¿cómo se siente?	2	0	3	0	127	118	M	0.48	-0.98
22	Si el nivel de burocracia es bajo, ¿cómo se siente?	3	0	11	0	122	114	M	0.47	-0.94
23	Teniendo en cuenta el tiempo de espera adecuado antes de entrar en una consulta médica, ¿cómo se siente?	2	0	14	0	98	136	O	0.55	-0.94
24	Si el hospital ofrece un servicio informático muy bueno, ¿cómo se siente?	8	0	2	1	52	187	O	0.78	-0.96
25	Ante la adecuada rapidez de las pruebas auxiliares, ¿cómo se siente?	5	1	10	2	101	131	O	0.55	-0.94
26	Ante la adecuada resolución de las reclamaciones, ¿cómo se siente?	3	0	9	2	131	105	M	0.44	-0.95
27	Ante el adecuado tiempo de atención de cada paciente, ¿cómo se siente?	4	1	7	3	90	145	O	0.61	-0.96
28	Ante el adecuado horario de atención en el centro sanitario, ¿cómo se siente?	5	0	5	5	53	182	O	0.76	-0.96

29	Dado el adecuado gasto médico realizado por el paciente, ¿cómo se siente?	2	0	35	3	104	106	O	0.44	-0.85
30	Si hay una mejora en el estado de salud como resultado de los esfuerzos y el tratamiento del personal médico, ¿cómo se siente?	14	1	23	2	88	122	O	0.55	-0.85
31	Ante la aparición de efectos secundarios al tomar los medicamentos, ¿cómo se siente?	0	1	28	220	1	0	R	0.00	-0.03

¹ A = Atractivo, I = Indiferente, M = Debe ser, O = Unidimensional, Q = Cuestionable, and R = Contrario. ² Grado de satisfacción (CS). ³ Grado de insatisfacción (DS).



- 21 Concertar una cita médica
- 22 Nivel de burocracia
- 23 Tiempo de espera en el centro sanitario
- 24 Servicio informatizado
- 25 Pruebas auxiliares
- 26 Resolución de reclamaciones
- 27 Tiempo dedicado a la atención de los pacientes
- 28 Horario del centro sanitario
- 29 Gasto médico
- 30 Mejora de la condición médica
- 31 Efectos secundarios de la toma de medicamentos

Figura 6 Clasificación de los atributos de la dimensión de eficiencia.

6.5. Discusión de este capítulo

El primer objetivo de este apartado fue evaluar la calidad de los servicios de salud a través de un enfoque multidimensional utilizando el modelo Kano en dos hospitales peruanos. Hasta

donde sabemos, este es el primer artículo publicado en Perú que explora el modelo Kano y su relación con el sector salud. En este sentido, se trata de un estudio pionero y contribuye a cerrar el vacío existente en la literatura sobre este tema. En cuanto al segundo y tercer objetivo, encontramos que los atributos unidimensionales son considerados típicamente como básicos e indispensables en la prestación de servicios de salud (Sahney, 2011; Cabello and Chirinos, 2012) a diferencia de atributos como "atractivo" y "imprescindible", que requieren un mayor nivel de comprensión para los usuarios de los servicios sanitarios. Por lo tanto, se debe dar prioridad a los atributos unidimensionales para mejorar la satisfacción de los pacientes, atraer a nuevos clientes y fidelizarlos. Una de las razones por las que se han reportado pocos atributos en la dimensión de eficiencia "debe ser" puede ser porque los dos hospitales peruanos ofrecen servicios de atención primaria que normalmente no requieren regímenes de tratamiento prolongados (Materla et al., 2019).

En cuanto a los coeficientes de CS y DS reportados, debido al carácter unidimensional de la mayoría de las preguntas funcionales, las puntuaciones fueron superiores a 0,5 en el caso de CS y a -0,5 en el caso de DS. Estos indicadores sugieren que, en presencia de las características expuestas en las preguntas funcionales, el nivel de satisfacción aumentó; por el contrario, su ausencia generó un alto nivel de insatisfacción en los usuarios. En términos de valores absolutos, se observa una mayor puntuación para el caso del DS en comparación con el CS, incluso muchos de estos indicadores se acercan a 1.

Por otra parte, enfocado en el tercer objetivo en cuanto al uso de la clasificación anterior para mejorar la gestión hospitalaria y la calidad de la atención de salud, la falta de recursos en los hospitales peruanos (como en muchos países de América Latina) constituye un gran reto que requiere no solo de un incremento presupuestario importante sino que exige una gestión efectiva de los recursos. A ello se suma la insuficiencia de profesionales de la salud, muchos

de ellos con una formación inadecuada en las zonas urbanas y rurales del Perú (Zevallos et al., 2014). Por último, además de que la legislación para las APP se publicó en 2008 en lo que respecta a la infraestructura, el mantenimiento y la prestación de servicios, no fue hasta 2013 cuando se empezó a implementar la APP para los servicios de salud (Zevallos et al., 2014). Por lo tanto, la implementación de APP en el sector salud peruano representa una oportunidad para promover y garantizar la calidad de los servicios de salud, principalmente entre los usuarios excluidos del sistema (Zevallos et al., 2014; Bravo-Orellana, 2013). Los resultados presentados son comunes en otros establecimientos de salud del Perú (Zevallos et al., 2014) que operan bajo una modalidad similar a la de los hospitales evaluados en este estudio. Desde esta perspectiva, la gestión de los hospitales bajo APP es más propensa a implementar estándares de calidad de servicio para garantizar la satisfacción de los usuarios como en otros países, como Malasia (Hashim et al., 2016; Hashim et al., 2019), Turquía (Öge y Bas, 2016), e India (Ramakrishnan, 2012).

Un enfoque multidimensional para identificar las necesidades de atención sanitaria utilizado en los dos hospitales peruanos no sólo proporciona información específica sobre cómo utilizar el modelo Kano para un centro de salud específico para identificar las necesidades de los pacientes, sino que también este estudio valida la fiabilidad de la encuesta Kano en los dos hospitales peruanos utilizando el alfa de Cronbach (Materla et al., 2019).

6.6. Conclusiones

En el sector salud, mantener y preservar un alto nivel de satisfacción es un reto permanente para los operadores de salud debido a la multidimensionalidad de los atributos que poseen estos servicios (Barrios-Ipenza et al., 2020). Asimismo, los hallazgos de este estudio aportan información sobre qué características de los servicios de salud deben prevalecer y promoverse para generar un mayor nivel de satisfacción, particularmente en una realidad, como la peruana,

donde los niveles de satisfacción con la salud han sido bajos y centrados en la relación entre el paciente y el médico (Cabello y Chirinos, 2012; Zevallos et al., 2014; Bravo-Orellana, 2013; Hashim et al., 2016).

La satisfacción del usuario en los servicios sanitarios va más allá de la atención al paciente. Es importante prestar una atención individualizada a cada ámbito sanitario para satisfacer eficazmente las necesidades de los pacientes. Por lo tanto, instrumentos como los utilizados en este estudio [basados en el método Kano y la escala HEALTHQUAL (Barrios-Ipenza et al., 2020)] ayudarían a comprender mejor no solo las percepciones de los usuarios, sino también a diferenciar los servicios sanitarios y los hospitales de la competencia (Materla et al., 2019). El modelo Kano puede ser una herramienta útil para que los gestores sanitarios determinen qué atributos tienen la posibilidad de aumentar o disminuir la satisfacción y puede aplicarse para utilizar eficientemente los recursos disponibles centrándose sólo en los atributos que tienen un alto impacto en la satisfacción en eventos como la actual pandemia COVID-19, los desastres naturales y la recesión económica, entre otros (Materla et al., 2019).

En este sentido, el uso de más de un instrumento para evaluar la calidad de los servicios de salud permitiría a los gestores sanitarios conocer mejor los distintos aspectos de calidad del ciclo de tratamiento del paciente y del ciclo de vida del servicio para aumentar la calidad del servicio sanitario y mejorar la satisfacción del paciente (Materla et al., 2019). Así, esta evaluación representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención en los servicios sanitarios y es útil para los responsables de la toma de decisiones que trabajan para mejorar la gestión de los servicios sanitarios (Velásquez et al., 2016). Los gestores sanitarios y los responsables de la toma de decisiones deben captar las necesidades cambiantes de los pacientes a lo largo del tiempo para mejorar continuamente la calidad de los servicios sanitarios utilizando el modelo de Kano. Implicar a los pacientes en el proceso de toma de

decisiones y en las decisiones de tratamiento puede aportar información valiosa sobre las diferentes expectativas de los pacientes debido a una mayor concienciación y empoderamiento de los mismos (Gustavsson et al., 2016; Materla et al., 2019). Además, el modelo Kano podría ayudar a los proveedores de atención sanitaria a obtener las preferencias de los pacientes en el desarrollo de los servicios sanitarios y en el proceso de mejora de la calidad (Materla et al., 2019; Vassiliadis et al., 2014).

La integración de diferentes metodologías para evaluar los servicios sanitarios ha sido utilizada previamente por investigadores como Wongrukmit y Thawesaengskulthai (2014) y Sulisworo (2012), ya que permite una mayor comprensión de cómo los pacientes evalúan estos servicios. En este caso, aplicamos el modelo de Kano para clasificar los atributos en función de los ratios de satisfacción/insatisfacción y basándonos en informes previos de la literatura relacionada con los servicios hospitalarios. Esta clasificación proporciona un buen marco a los gestores para asignar mejor sus presupuestos y recursos para mejorar los programas de gestión de la calidad de los servicios sanitarios.

Como la mayoría de los atributos son unidimensionales, esto representa una oportunidad para asegurar que estos atributos se mantienen como una referencia directa a las preferencias del usuario.

En el caso de los atributos obligatorios, éstos representan un gran desafío porque las mejoras en estos atributos no generan mayor satisfacción; sin embargo, su ausencia conduce a un nivel significativo de insatisfacción. Por lo tanto, podemos sugerir a las oficinas de gestión de la calidad de ambos hospitales de la APP que incluyan el cuestionario de Kano como parte de los indicadores de rendimiento de la calidad en sus planes anuales de calidad. Además, en el contexto de la pandemia de COVID-19, el enfoque aplicado en esta investigación podría ser

replicado en otros hospitales de la región latinoamericana hacia la gestión de la calidad dentro de la industria de la salud.

Sin embargo, este estudio tiene ciertas limitaciones. Aunque se realizó en dos hospitales de Perú, los resultados y la interpretación deben manejarse con cuidado al extrapolar los hallazgos a otras poblaciones con diferentes características sociodemográficas, culturales, de infraestructura y de gestión hospitalaria. Otras metodologías de clasificación (por ejemplo, utilizando un número diferente de categorías de atributos) pueden proporcionar resultados diferentes.

Asimismo, sería interesante que futuros estudios no sólo incorporaran un mayor número de hospitales para analizar la consistencia de los resultados, sino que también compararan los niveles de satisfacción reportados, incluyendo otros tipos de gestión hospitalaria más allá de las APP. Las investigaciones futuras deberían considerar otros instrumentos de satisfacción de los usuarios para evaluar la consistencia de los resultados. Por ejemplo, debido a la prominencia del atributo "unidimensional" sobre otros atributos, se podrían incluir categorías como "alto nivel de unidimensionalidad" o "ligeramente unidimensionalidad" para realizar una categorización de atributos más detallada, como sugieren Kano et al. (1984). Además, en el contexto de la pandemia de COVID-19, los instrumentos en línea deben ser debidamente discutidos y evaluados teniendo en cuenta los factores socioeconómicos y el acceso a la banda ancha (Reddick et al., 2020) en las zonas rurales y urbanas de Perú.

En conclusión, nuestros resultados, basados en los dos hospitales peruanos (Barton y Kaelin), mostraron que la evaluación de los usuarios de los servicios de salud fue multidimensional, es decir, su evaluación se centró no sólo en el espacio de interacción entre el paciente y el personal médico, sino que también abordó otros servicios de interacción.

**CAPITULO 7. DISCUSION, CONCLUSIONES Y
LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN DEL
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

7.1. Discusión de la tesis

Un elemento importante que discutir es la diferencia identificada entre conseguir la calidad de un servicio versus conseguir la excelencia del servicio. Mientras que con calidad del servicio se pretende generar satisfacción en el paciente, con la excelencia en el servicio se pretende generar deleite en el paciente. De esta manera, al conseguir la satisfacción del paciente a partir de un servicio de calidad se forma la lealtad esperada en el paciente; por su parte, al conseguir el deleite del paciente a partir de la excelencia de un servicio brindado se pretende la fidelidad del paciente. Se trata de un comparativo entre dos triadas: (1) calidad – satisfacción – lealtad y (2) excelencia – deleite – fidelidad.

Ambos modelos nos benefician y aportan de la manera esperada; sin embargo, el segundo modelo ha sido, recientemente, propuesto y, por ende, aún explorado, ya que se basa en el estudio y trabajo con las emociones del usuario, cliente o paciente. Ello significa aún todo un reto; por lo tanto, el primer modelo (ya estudiado, implementado y evaluado) nos brinda la experiencia ya existente para poder seguir trabajando a partir de los modelos y escalas de medición. Se debe agregar que conseguir la satisfacción del paciente y, así, su lealtad permite mejorar los servicios y el costo de efectividad del servicio, lo cual incluye todos los dominios de salud.

Al respecto, un estudio reciente de Setyawan et al. (2020), sobre la satisfacción y lealtad del paciente en centros de atención primaria en salud (APS) tanto públicos como privados, asegura que existe una correlación positiva entre satisfacción del paciente y la lealtad del paciente. Como resultado final, se halló que la relación entre satisfacción y lealtad en las APS privadas es una correlación fuerte (0.767), mientras que la relación entre satisfacción y lealtad en el caso de las APS públicas es una correlación moderada (0.54). En este estudio prima la idea de

que la confianza generada por el médico es un factor predictivo de la lealtad esperada del paciente, ya que se demostró que se tiene efectos positivos (Wu, 2019).

Aun así, sigue significando un reto contar con indicadores que nos permitan medir la calidad de la atención. Esto debido a los distintos modelos que aún existen o las actualizaciones de estos.

Al respecto, por mucho tiempo, en Perú, se ha empleado la escala de medición SERVQUAL, siendo la escala encargada de medir la calidad del servicio de salud a partir de las expectativas del usuario y su percepción a partir del servicio recibido. Sin embargo, tal y como se señaló anteriormente, se trata de un modelo de medición diseñado ampliamente para cualquier tipo de servicio, por lo que la escala HEALTHQUAL se presenta como aquel modelo de medida diseñado, específicamente, para el ámbito de la calidad del servicio hospitalario. Hasta el 2018, en Perú, no se había aplicado dicha escala; sin embargo, parte de esta tesis señala que el modelo, en efecto, se ajustaba a los datos, además de mostrar indicadores adecuados a los constructos de la escala en torno al “personal de salud”, “personal no sanitario”, “instalaciones y equipos”, “eficiencia” y “lealtad”. A su vez, el estudio demostró una validez discriminante que permite afirmar que cada medida de un constructo no se relaciona con otro. Asimismo, se demuestra que existe dependencia positiva entre personal sanitario, no sanitario y las instalaciones y equipamientos del hospital con eficiencia. También, se evidenciaron estimaciones psicométricas adecuadas; es decir, las cargas factoriales demostraron que los indicadores propuestos para los constructos son adecuados. Todo ello, ha demostrado una validez y confiabilidad en el instrumento, por lo que el modelo HEALTHQUAL puede ser implementado para medir, a mayor detalle, la calidad de la gestión del servicio hospitalario a partir de la satisfacción generada no solo en pacientes, sino en el personal que brinda la

atención en el caso de los hospitales APP. Eso hace que esta escala de medida HEALTHQUAL se presente como un instrumento válido, aplicable y completo en el ámbito de la salud.

Se debe agregar que aplicar un modelo nuevo de medida y, asimismo, evaluarlo supone un gasto debido a los recursos necesarios y al personal calificado que supone. Ello deriva en un desafío para los centros hospitalarios que pretendan implementar la escala HEALTHQUAL. Por otro lado, tenemos el concepto de “excelencia en el servicio” que reta la idea de “calidad de servicio” a la cual aspiramos. La excelencia en el servicio es un nivel más en la línea de evaluar la gestión del servicio y, por ende, el servicio brindado. Ello supone un desafío mayor al deseo o intención de implementar la escala HEALTHQUAL para medir la calidad del servicio, ya que ya no se trata solo de calidad, sino de buscar la excelencia en el servicio.

Como se ha demostrado en la presente tesis, mientras que la calidad del servicio se trata de la satisfacción del usuario y de medir la brecha entre expectativa y percepción, la excelencia en el servicio aborda el deleite, en donde no solo se llenan las expectativas, sino se superan, generando la lealtad constante del usuario con el servicio. En ese caso, la excelencia en el servicio es un concepto nuevo y moderno que considera que las emociones influyen mucho en las decisiones, por lo que se pretende promover un servicio de atención que trabaje la mejora del servicio en torno a las expectativas del usuario y agregando un elemento sorpresa que supere expectativas. No obstante, la idea misma de la excelencia en el servicio resulta ser un desafío no solo a nivel presupuestal en gran magnitud, sino a nivel psicológico, ya que, al trabajar con las emociones de las personas, se necesita una correcta identificación y comprensión de estas, por lo que supone un desafío a gran escala.

Al considerar que, en el país, aún es un reto medir calidad de servicio y, sobre todo, implementar la escala HEALTHQUAL, como la idónea en el caso del servicio hospitalario, el hecho de pensar la excelencia en el servicio hospitalario es una idea aún lejana. Sin embargo,

este tipo de estudios con discusiones de este tipo fomentan plantear la idea y seguir desarrollándose para convertirla en una realidad, ya que la idea siempre es la continua mejora de la gestión del servicio hospitalario y, más aún, en el caso de las APP. Los resultados tienen implicaciones para la gestión de los centros de atención primaria. En concreto, la calidad percibida de un centro sanitario depende principalmente de dimensiones que están estrechamente de la calidad percibida de un centro de salud depende principalmente de dimensiones estrechamente medidas de eficiencia: la facilidad para pedir cita, el nivel de burocracia los tiempos de espera antes de entrar en la consulta, la rapidez de las pruebas complementarias, la resolución de las reclamaciones, el tiempo de atención a cada paciente y el horario del centro sanitario.

Así como, se recomienda el empleo de la escala HEALTHQUAL para medir la calidad del servicio, bajo la lógica de la excelencia en el servicio, se han planteado cuatro (4) modelos para poder medirlo, en donde se recomienda, principalmente, el modelo Kano. Mientras el modelo Johnston propone que el objetivo de la excelencia en el servicio sea disminuir los niveles de insatisfacción del usuario, el modelo Kano pretende abordar las cualidades de la insatisfacción tanto como de la satisfacción y el deleite. Asu vez, mientras el modelo SERV*OR propone una reforma estructural en donde el objetivo de la excelencia del servicio reside en cumplir con los lineamientos de los procesos previamente diseñados e implementados, el modelo Kano plantea una regresión lineal entre las necesidades cubiertas por el servicio y la satisfacción, insatisfacción o deleite del paciente. Por último, mientras el modelo BEM asume una mirada empresarial en donde postula que la excelencia en el servicio reside en maximizar la rentabilidad de la institución, el modelo Kano propone generar una lealtad constante a partir de la generación de satisfacción y deleite en el paciente. Por dichas razones, el modelo Kano se presenta como el modelo de medida sugerido para una medición de excelencia en el servicio.

Teniendo en cuenta que implementar la escala HEALTHQUAL ya es un reto en torno a la idea de calidad de servicio, implementar ya sea el modelo Kano u otro modelo que sirva para medir la excelencia en el servicio es un reto doble. Además, se debe agregar que cada modelo es ambicioso en su campo, por lo que, se debe ser consciente de las implicancias (sobre todo, en torno a recursos) de medir la gestión del servicio hospitalario en función a la excelencia en el servicio.

En Perú, al igual que en muchos países de América Latina, la falta de recursos en los hospitales constituye un gran reto que requiere no sólo de un presupuesto, sino también de una gestión eficaz de los recursos. Por ello, la implementación de APP en el sector salud representa una oportunidad para promover y garantizar la calidad de los servicios de salud, principalmente entre los usuarios excluidos del sistema, el modelo de gestión hospitalaria con APP puede generar estándares de calidad de servicio a nivel global para asegurar la satisfacción de los usuarios como en otros países. Por otra parte, se hace necesaria la implementación de una política o estrategia nacional que promueva los proyectos APP por parte del Gobierno. Esto, con el objetivo de satisfacer de manera más puntual las necesidades de salud en la población y reducir la brecha sanitaria.

También, es importante ser consciente de la limitación de cualquier modelo. Los modelos son casi siempre versiones simplificadas de la realidad. Sugieren que existen relaciones sencillas entre fenómenos complejos y que los sistemas funcionan según reglas de causa y efecto. No obstante, es importante señalar que los modelos de calidad presentados se refieren a un fenómeno social. El comportamiento humano afecta significativamente a la calidad de una organización y a sus ofertas. Los modelos no pueden captar adecuadamente estas complejidades. Este punto debe tenerse en cuenta al aplicar cualquiera de los modelos

anteriores. Aun así, los modelos mencionados son herramientas útiles para la mejora de la calidad.

El estudio sugiere que los gestores están más preocupados por la infraestructura del centro sanitario, considerada como el factor más débil de su organización, luchando con la administración por mejorarla, por lo que infravaloran su situación real y sobrevaloran el resto de elementos que tienen que ver con el personal del centro y otras medidas de eficiencia. Así, los directivos se centran en cuestiones, como las infraestructuras, en las que su influencia es mínima, en lugar de centrarse en otros factores (la motivación del personal, por ejemplo) que sus decisiones pueden tener mayor eficacia.

7.2. Limitaciones de la tesis

Acorde a la revisión, se puede dar cuenta de una serie de limitaciones que atraviesan las APP en relación a la medición de su calidad de servicio y/o servicio de excelencia. Entre estas limitaciones, se encuentra que, aún sigue siendo un desafío medir la calidad del servicio en las APP o centros hospitalarios en general. Se sabe que, en Perú, actualmente, la escala SERVQUAL es la que se emplea para realizar dicha evaluación sobre la satisfacción del usuario respecto al servicio recibido en centros hospitalarios. Sin embargo, si se trata de abordar la excelencia en el servicio de los centros hospitalarios, se asume el reto de saber qué instrumento y/o modelo aplicar para la medición de ello. Tal y como se ha desarrollado, el instrumento mayormente usado y aceptado en el ámbito de la salud es el modelo Kano, el cual, también, se encarga de medir la satisfacción del usuario o paciente en un marco de la excelencia del servicio ofrecido. Aun así, tanto el modelo SERVQUAL como el modelo Kano presentan el desafío de ser implementados acorde al interés del centro hospitalario como a su disposición en torno a recursos. Con ello, la escala HEALTHQUAL se presenta como el

instrumento objetivo a ser implementado en los centros hospitalarios para medir calidad de servicio y, así, reemplazar el modelo SERVQUAL.

Por otro lado, en torno a la excelencia del servicio, el resto de modelos revisados (Johnston, SERV*OR y BEM) son modelos poco explorados en el marco de la atención hospitalaria. Si bien es cierto de que son modelos interesantes y significativos en otros espacios, en el caso de la medición de excelencia en el servicio en las APP, se visualiza como una posibilidad lejana, teniendo en cuenta la limitación anterior.

7.3. Conclusiones de la tesis

El presente estudio introduce un marco conceptual que permite analizar los artículos citados, además de poder ofrecer, a partir de un análisis de dicho marco conceptual, una serie de ideas clave al respecto. En principio, el capítulo del presente trabajo que aborda la satisfacción del paciente en los servicios de salud peruanos: validación y aplicación de la escala de salud se realiza una evaluación del servicio de salud en dos hospitales (uno ubicado en Lima y otro en Callao), en donde revela que dicha evaluación al servicio de salud fue multidimensional, ya que no solo se generaron resultados en torno a la interacción del paciente y el personal, sino que, a su vez, se evidenció el aporte de otro tipo de interacciones entre el personal y los servicios o los servicios/insumos y el paciente.

Por otro lado, la evaluación realizada en el presente trabajo sobre la calidad de los servicios de salud utilizando el modelo Kano en hospitales de asociaciones público-privadas (APP) del Perú complementa, en cierto nivel, los hallazgos previos. Esto debido a que, en principio, emplean la escala HEALTHQUAL para evaluar las propiedades psicométricas que relacionan tanto la validez de contenido como de constructo, con lo que demuestran su validez para poder medir el nivel de satisfacción de los pacientes en hospitales de tipo APP. Dicha escala

evidencia que las variables de personal sanitario, personal no sanitario e instalaciones y equipos presentan un impacto significativo sobre la eficiencia del servicio. A su vez, se logra evidenciar una asociación clara entre las variables personal sanitario y la lealtad del paciente. Finalmente, la relación entre las variables sobre calidad del servicio de salud se relaciona alta y positivamente con la satisfacción del paciente y el nivel de satisfacción de estos pacientes con los centros hospitalarios de las APP.

En ese sentido, las asociaciones público-privadas (APP) representan un modelo alternativo de gestión sanitaria centrado en la mejora de la calidad de los servicios de salud, especialmente en los países en vías de desarrollo, como el Perú. Hasta la fecha, no se ha establecido un método sistemático para mejorar la calidad percibida de los servicios sanitarios por los usuarios de la sanidad en Perú. En el marco de estas alianzas, conviene generar estrategias en la gestión del servicio de calidad que permitan seguir con la mejora en el servicio de salud y afrontar los desafíos que se presenten. Aplicar estrategias para la gestión de calidad de un servicio de salud implica identificar y entender las dimensiones de este para, así, poder desarrollar la estrategia conveniente y, por último, generar una evaluación de esta estrategia para mantenerla, modificarla o cambiarla. Además, la adaptación de modelos de medición representa un reto especial debido a las características propias de un servicio sanitario peruano, que incluye el contacto intensivo con los usuarios y el sentido de la atención.

De esta manera, los programas y proyectos de APP deben considerar la sostenibilidad financiera del sistema en el tiempo, además de los grados de libertad que contemplan los contratos a fin de reducir el riesgo de incremento presupuestal. Todo esto en base a un compromiso político para el desarrollo de un programa completo de APP.

En este sentido, el uso de más de un modelo para evaluar la calidad de los servicios sanitarios permitiría a los gestores sanitarios conocer mejor los aspectos necesarios a mejorar para atraer

y retener de forma más eficiente a los usuarios de los servicios sanitarios. Por lo tanto, esta evaluación representa una oportunidad para mejorar la calidad de la atención en los servicios sanitarios y es útil para los responsables de la toma de decisiones que trabajan para mejorar la gestión de los servicios sanitarios. Por otro lado, los gobiernos subnacionales deben empoderarse lo necesario para llevar a cabo proyectos financiados con empresas privadas, como es el caso de los proyectos de hospitales. Asimismo, requieren de capacidades en los procesos administrativos.

Si hablamos de lealtad, una limitación para la investigación es que es una variable continua, que retroalimenta el proceso y se ven influenciados por él. La calidad del servicio puede ganar y mantener clientes. Es probable que una organización de servicios se enfrente a obstáculos difíciles en su intento de mejorar la calidad del servicio. Los ingredientes clave para mejorar la calidad de los servicios son orientación al mercado y al cliente; personal de primera línea motivado y bien formado; proceso bien diseñado; delegación de responsabilidad y autoridad al personal de primera línea; definición clara de la calidad; comunicación interna y externa eficaz; y medición.

Los problemas de calidad en las organizaciones de servicios son el resultado del desajuste entre las expectativas previas y la calidad percibida del servicio. Una organización de servicios de calidad intentará, de forma regular, determinar los requisitos de sus clientes y traducirlos en especificaciones de productos y procesos de entrega. Aunque la brecha entre las expectativas y la experiencia está ampliamente considerada como la principal fuente de problemas de calidad del servicio, no está claro cómo se produce la evaluación de las expectativas y la experiencia. Se trata de un área que requiere más investigación empírica.

En cuanto a las implicancias teóricas y prácticas que se desprende del presente estudio podemos señalar que este trabajo está en consonancia en aportar en los estudios sobre entender

con mayor profundidad el concepto de satisfacción en los servicios de salud desde una perspectiva integral, donde la literatura sobre este tema en países de América Latina todavía es limitado y escaso. Por otro lado, este estudio introduce teóricamente el concepto de lealtad de los usuarios a servicios públicos, en este caso a servicios de salud. Este concepto de entender al ciudadano como usuario de servicios que valoren la calidad de los mismos; representa un tema todavía desarrollado de forma incipiente en la literatura de la gestión pública. Por ello, entender el concepto de calidad, excelencia y, sobre todo, lealtad de los usuarios a los servicios representa una oportunidad de discutir sobre qué tanto valoran los usuarios de los servicios públicos la experiencia integral del servicio que experimentan, así como aquellos elementos que más valoran en el servicio.

Desde el punto de vista práctico, este estudio representa un aporte relevante para que los gestores públicos del Perú, con énfasis en el sector salud, comprendan la complejidad que conlleva la percepción de la satisfacción de un usuario a un servicio. Como se observa en los estudios realizados, la experiencia del usuario es integral y, por ello, es responsabilidad de los tomadores de decisiones en la gestión pública ocuparse de entender este proceso y, sobre todo, tener presente toda la experiencia del usuario para brindarle un servicio de calidad.

Por último, desde la perspectiva aplicada, el uso y validación del modelo Kano a servicios de salud representa un valor agregado en este estudio. Esto porque permite contar con un instrumento que puede ser empleado en los diferentes servicios de salud para conocer y comprender los elementos de mayor valoración del servicio de salud, incluso el grado de satisfacción o insatisfacción correspondiente de cada uno de los componentes, para tomar decisiones basado en evidencia para atender los elementos que presentan mayores niveles de insatisfacción.

7.4 Futuras líneas de investigación

Dentro de las futuras líneas de investigación, que se desprende del presente trabajo, están el de investigar las características de la experiencia de los usuarios a los servicios de salud en centros de salud públicos administrado por APP. Como se señala en el trabajo desde el criterio de eficiencia en brindar el servicio, hay vasta literatura empírica y teórica sobre los beneficios de la aplicación del método de APP; sin embargo, no hay evidencia de esa magnitud que investigue si la experiencia del usuario es más valorada bajo este esquema de este servicio en comparación a los modelos de administración de centros de salud más tradicional.

Por otro lado, otra línea de investigación que se desprende del trabajo se centra en investigar con mayor detalle los conceptos de calidad y excelencia en los servicios de salud administrado por entidades públicas, a fin de entender las dimensiones específicas que debe ser tomado en cuenta en este contexto; y explorar las diferencias y similitudes en comparación de las entidades de gestión privada. Asimismo, desde la perspectiva del usuario, una línea de investigación complementaria al tema de excelencia y calidad de los servicios está referido a comprender con más detalle el concepto de lealtad de los usuarios del servicio.

BIBLIOGRAFIA

Abu-El Samen, A.A., Akroush, M.N., Abu-Ghazaleh, T. and Abu-Lail, B.N. (2013), "Mobile ServQual a comparative analysis of customers' y managers' perceptions", *International Journal of Quality y Reliability Management*, Vol. 30 No. 4, pp. 403-425.

AENOR. UNE-CEN/TS. (2016). Service excellence—Creating outstanding customer experiences through service excellence. *Beuth, CEN/TS, 16880*, 2016-04.

AFIN. (2015). *Un Plan para salir de la pobreza: Plan Nacional de Infraestructura 2016 – 2025*.

Ahmed, Selim, Kazi Md Tarique, and Ishtiaque Arif. "Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector." *International journal of health care quality assurance* (2017).

Al-Abri, R., y Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*, 29(1), 3.

Al-Borie, H. M., & Damanhoury, A. M. S. (2013). Patients' satisfaction of service quality in Saudi hospitals: a SERVQUAL analysis. *International journal of health care quality assurance*.

Alborta, G., Stevenson, C., y Triana, S. (2011). Asociaciones público-privadas para la prestación de servicios: Una visión hacia el futuro. *Inter-American Development Bank*.

Aliman, N. K., and Mohamad, W. N. (2013), "Perceptions of Service Quality and Behavioural Intentions: A Mediation Effect of Patient Satisfaction in the Private Health Care in Malaysia", *International Journal of Marketing Studies*, Vol. 5 No.4, pp. 15-29.

Allard, G., y Trabant, A. (2006). La tercera vía: en la frontera entre público y privado. *Public-Private Partnerships, Centro PwC y IE del Sector Público*.

Alonso, P., Pinto, D. M., Astorga, I., y Freddi, J. (2015). *Menos cuentos, más evidencia: Asociaciones público-privadas en la literatura científica*. Nota 3 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina.

Alonso-Almeida, M.M., Fuentes-Frías, V.G. (2012) International quality awards and excellence quality models around the world. A multidimensional analysis. *Qual. Quant.* 46(2), 599–626

Amin, M. and Nasharuddin, S. Z. (2013). “Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention” *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 18 No. 3, pp. 238-254.

Andrews, F.M. and Withey, S.B. (1974). “Developing measures of perceived life quality: results from several national surveys”, *Social Indicators Research*, Vol. 1 May, pp. 1-26.

Aquino Cano, J. Á., y Huánuco Huaranga, S. S. (2014). La relación entre los factores de la atención en la satisfacción de los contribuyentes de la municipalidad provincial de Jauja-2013.

Ardian M, Meokbun E, Siburian L, Malonda E, Waramori G, Penttinen P. (2007). Una asociación público-privada para el control de la tuberculosis en Timika, provincia de Papua, Indonesia. *La enfermedad pulmonar por tuberculosis Int J.*, 11 (10), 1101–1107.

Asif, M. (2015). A critical review of service excellence models: towards developing an integrated framework. *Quality and Quantity*, 49, 763-783.

Asif, M., Gouthier, M.H.J. (2014). What service excellence can learn from business excellence models. *Total Quality Management y Business Excellence*, 25(5–6), 511–531.

Asif, M., Raouf, A., Searcy, C. (2013). Developing measures for performance excellence: is the Baldrige criteria sufficient for performance excellence in higher education? *Qual. Quant.* 47(6), 3095–3111.

Babakus E, Bienstock C, Scotter J. (2004). Linking perceived quality and customer satisfaction to store traffic and revenue growth. *Decis Sci*, 35(4), pp. 713–737.

Bangladesh healthcare sector." *International journal of health care quality assurance* (2017).

Barabino, B., Deiana, E. and Tilocca, P. (2012), “Measuring service quality in urban bus transport: a modified ServQual approach”, *International Journal of Quality and Seandrvice Sciences*, Vol. 4 No. 3, pp. 238-252.

Barlow, J., & Köberle-Gaiser, M. (2009). Delivering innovation in hospital construction: Contracts and collaboration in the uk's private finance initiative hospitals program
 . *California Management Review*, 51(2), 126-143.

Barreiro, L. (2010). Orientación al cliente. En Fernández Díaz et al (comp.). *Estrategia Organizacional*. Félix Varela.

Barrios-Ipenza, F., Calvo-Mora, A., Velicia-Martín, F., Criado-García, F., y Leal-Millán, A. (2020). Patient satisfaction in the peruvian health services: validation and application of the healthqual scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5111.

Bates, K., Bates, H., Johnston, R. (2003). Linking service to profit: the business case for service excellence. *Int. J. Serv. Ind. Manage.* 14(2), 173–183.

BCPE, Baldrige Criteria for Performance Excellence. (2011). http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/2011_2012_Business_Nonprofit_Criteria.pdf.

Berger, C., Blauth, R., y Boger, D. (1993). Kano's Methods For Understanding Customer-Defined Quality, *Center for quality of management journal*, 2(4), 2-28.

Berman, B. (2005). How to delight your customers. *California management review*, 48(1), 129-151.

Berry, L.L., Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. (1994). Improving service quality in America: lessons learned. *Acad. Manage. Executive* 8(2), 32-45

Bleich, S.N.; Özalpin, E.; Murray, C.J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull. World Health Organ*, 87, 271-278.

Bolger, P. (2011). ENVIRON 2011: 21st Irish Environmental Researchers Colloquium. In *ENVIRON 2011: 21st Irish Environmental Researchers Colloquium. University College Cork, Cork, 6-8 April 2011*. University College Cork, Environmental Protection Agency and Environmental Sciences Association of Ireland (ESAI).

Bowers MR, Swan JE, Koehler WF (1994) What attributes determine quality and satisfaction with healthcare delivery? *Healthc Manag Rev* 19(4):49-55

Bravo S. (2013) Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Círculo de Derecho Administrativo*. Lima, Perú.

Bravo-Orellana, S. (2013). Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Revista de Derecho Administrativo*, Pontificia Universidad Católica del Perú.(13), 123-141.

Broadbent, J., y Laughlin, R. (2003). Public private partnerships: an introduction. *Accounting, Auditing y Accountability Journal*, 16, 322-341.

Cabello, E., y Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Médica Herediana*, 23(2), 88-95.

Calvo de Mora Schmidt, A. Criado García-Legaz, F y Periañez-Cristóbal, R. (2021). Gestión de la Calidad. Ed. Pirámide. Madrid. España.

Calvo-Mora, A., García-Legaz, F. C., y Cristóbal, R. P. (2007). Desarrollo de un instrumento para evaluar la idoneidad de los planes docentes: una aplicación a la Diplomatura de Turismo. In *Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM* (p. 68). Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).

Carmines, E. G., y Zeller, R. A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Sage publications.

Chahal, y Kumari, (2010). "Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context", *Journal of Indian Business Research*, Vol. 2 No. 4, pp. 230 – 255.

Chaniotakis, I. E., & Lympelopoulou, C. (2009). Service quality effect on satisfaction and word of mouth in the health care industry. *Managing Service Quality: An International Journal*, 19(2), 229-242.

Chávez de Paz, P., Ramos, W., & Galarza, C. (2013). Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo. Diciembre 2006. *Dermatología Peruana* 2009, 19(1), 22-31.

Chen, L. H., y Kuo, Y. F. (2011). Understanding e-learning service quality of a commercial bank by using Kano's model. *Total Quality Management*, 22(1), 99-116.

Chiou, C. C., y Cheng, Y. S. (2008). An integrated method of Kano model and QFD for designing impressive qualities of healthcare service. In *2008 IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management*, 590-594.

Choi, K. S., Cho, W. H., Lee, S., Lee, H., y 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.

Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., y Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*. doi:10.3310/hta6320

Cruz, C. O., y Marques, R. C. (2013). Flexible contracts to cope with uncertainty in public–private partnerships. *International journal of project management*, 31(3), 473-483.

Davies, B., Baron, S., Gear, T., y Read, M. (1999). Measuring and managing service quality. *Marketing Intelligence y Planning*, 17, 33-40.

De Man, S., Gemmel, P., Vlerick, P., Van Rijk, P., y Dierckx, R. (2002). Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 29(9), 1109-1117. doi:10.1007/s00259-002-0869-3

De Marco, A., y Mangano, G. (2013). Risk and value in privately financed health care projects. *Journal of Construction Engineering and Management*, 139(8), 918-926.

Dempsey, C., Mylod, D., y Siegrist Jr, R. B. (2014). How higher patient, employee, and physician satisfaction leads to better outcomes of care. *Emergency Department Leadership and Management: Best Principles and Practice*, 144.

Díaz, Y. (2010). *Procedimiento para la evaluación de la calidad de servicio percibida por los clientes de empresas cubanas de servicios. Validación a las instituciones bancarias* [Doctoral dissertation, Disertación doctoral no publicada, Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Cuba].

Dimitriades, Z. S. (2006). Customer satisfaction, loyalty and commitment in service organizations: Some evidence from Greece. *Management Research News*, 29(12), 782-800.

Donabedian A (1980) The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press, Chicago

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), 1115-1118.

Donabedian, A. (2000). *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Donabedian, A. Explorations in quality assessment and monitoring. (1980). *Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1*.

Doyle, Y., Keen, J., y Bull, A. (2000). Role of private sector in United Kingdom healthcare system Commentary: Cooperation should be based on what the public wants and needs from its healthcare system. *Bmj*, 321(7260), 563-565.

Dube, L., Menon, K. (1998). Managing emotions. Accenting the positive might not produce the highest satisfaction payoff. *Mark. Health Serv.* 18(3), 34–42.

Dwyer, F. R., Schurr, P. H., y Oh, S. (1987). Developing buyer-seller relationships. *Journal of marketing*, 51(2), 11-27.

EFQM Excellence Model. (s.f.). *European Foundation for Quality Management*.
<https://www.efqm.org/index.php/efqm-model/>

EFQM: EFQM Excellence Model (2013).
<http://www.efqm.org/en/PdfResources/EFQM%20Excellence%20Model%202013%20EN%20extract.pdf>. Accessed 31 March 2013.

Evans JR, Lindsay WM (2009) *Managing for quality and performance excellence*. South-Western Cengage Learning, Mason.

Farahbakhsh M, Sadeghi-Bazargani H, Nikniaz A, Tabrizi JS, Zakeri A, Azami S. (2012). Iran's experience of health cooperatives as a public-private partnership model in primary health care: a comparative study in East Azerbaijan. *Perspectivas de promoción de la salud*, 2 (2), p. 287.

Farquharson, E., y Yescombe, E. R. (2011). *How to engage with the private sector in public-private partnerships in emerging markets*. World Bank Publications.

Ferreira, D. C., y Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73, 100798.

Fisher, L., y Navarro, V. (1994). *Introducción a la investigación de mercado*. México: McGraw-Hill Interamericana.

Fisk, T. A., Brown, C. J., Cannizzaro, K., y Naftal, B. (1990). Creating patient satisfaction and loyalty. *Journal of health care marketing*, 10(2), 5-15.

Fornell, C., y Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50. doi:10.1177/002224378101800104

Fornell, C., y Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18 (3), 382-388.

Forrellat Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista cubana de Hematología, Inmunología y hemoterapia*, 30(2), 179-183.

Frasquet, M., Gil, I., y Molla, A. (2001). Shopping-centre selection modelling: a segmentation approach. *The international review of retail, distribution and consumer research*, 11(1), 23-38.

Freudenberg, L. S., Antoch, G., Schütt, P., Beyer, T., Jentzen, W., Müller, S. P., ... y Debatin, J. F. (2004). FDG-PET/CT in re-staging of patients with lymphoma. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 31(3), 325-329.

Fullerton, G. (2005). The impact of brand commitment on loyalty to retail service brands. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 22(2), 97-110.

Ghobadian, A., Speller, S., & Jones, M. (1994). Service quality: concepts and models. *International journal of quality & reliability management*, 11(9), 43-66.

Go, M., y Kim, I. (2018). In-flight NCCI management by combining the Kano model with the service blueprint: A comparison of frequent and infrequent flyers. *Tourism Management*, 69, 471-486.

González Silva, C. A., Hernández, A., y Novaes, H. D. M. (1996). Manual de mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo. In *Manual de mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo* (83-83).

Gouthier, M., Giese, A. and Bartl, C. (2012). "Service excellence models: a critical discussion and comparison", *Managing Service Quality*, 22(5), 447-464.

Greve, C., Christensen, L. T., Tvarnø, C., Nielsen, S. N., y Denta, S. M. (2021). Public-private partnerships in the healthcare sector: Limited policy guidelines, but active project development in Denmark. *Journal of Economic Policy Reform*, 1-15.

Grönroos, C. (1990). Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behavior interface. *Journal of business research*, 20(1), 3-11.

Guasch, J. L., Benitez, D., Portables, I., y Flor, L. (2014). The Renegotiation of PPP Contracts: An overview of its recent evolution in Latin America. International Transport Forum Discussion Paper.

Gupta, P., y Srivastava, R. K. (2011). Customer satisfaction for designing attractive qualities of healthcare service in India using Kano model and quality function deployment. *MIT Int J Mech Eng*, 1(2), 101-107.

Gustavsson, S., Gremyr, I., y Sarenmalm, E. K. (2016). Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. *The TQM Journal*, 28, 151-162.

Hair Jr, J. F., Sarstedt, M., Hopkins, L., y Kuppelwieser, V. G. (2014). Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research. *European business review*. doi:10.1108/EBR-10-2013-0128.

Hartline M, Ferrell O. (1996). The management of customer contact service employee: an empirical investigation. *J Market* 60(4):52–70

Hashim, H. A., Sapri, M., y Azis, S. S. A. (2019). Strategic facilities management functions for public private partnership (PPP) healthcare services in Malaysia. *PLANNING MALAYSIA*, 17(9), 25-47.

Hashim, H. A., Sapri, M., y Low, S. T. (2016). Public private partnership (PPP) facilities management for healthcare services in Malaysia: the challenges of implementation. *Journal of Facilities Management*, 14, 350-362.

Hau L, Anh P, Thuy P. (2016). The effects of interaction behaviors of service frontliners on customer participation in the value co-creation: a study of health care service. *Serv Bus*. doi:10.1007/s11628-016-0307-4.

Health Research Institute - PWC. (2010). Build and beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs.

Hejaili, F. F., Assad, L., Shaheen, F. A., Moussa, D. H., Karkar, A., AlRukhaimi, M., ... y Al-Sayyari, A. A. (2009). Culture-related service expectations: a comparative study using the Kano model. *Quality Management in Healthcare*, 18(1), 48-58.

Hellberg, S., Wold, S., Dunn III, W. J., Gasteiger, J., y Hatchings, M. G. (1985). The anesthetic activity and toxicity of halogenated ethyl methyl ethers, a multivariate QSAR modelled by PLS. *Quantitative Structure-Activity Relationships*, 4(1), 1-11.

Hennig-Thurau, T., Gwinner, K. P., y Gremler, D. D. (2002). Understanding relationship marketing outcomes: An integration of relational benefits and relationship quality. *Journal of service research*, 4(3), 230-247.

Henseler, J., Hubona, G., y Ray, P. A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. *Industrial management y data systems*, 11(1), 2-20.

Henseler, J., Ringle, C. M., y Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the academy of marketing science*, 43(1), 115-135. doi:10.1007/s11747-014-0403-8

Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), 424.

Huang, J. C. (2018). Application of Kano model and IPA on improvement of service quality of mobile healthcare. *International Journal of Mobile Communications*, 16(2), 227-246.

Hwang, J., Vu, G. T., Tran, B. X., Nguyen, T. H. T., Nguyen, B. V., Nguyen, L. H., ... y Ho, R. C. (2020). Measuring satisfaction with health care services for Vietnamese patients with cardiovascular diseases. *Plos one*, 15(6), e0235333.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., y Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US).

Iossa, E., Spagnolo, G., y Vellez, M. (2007). *Best Practices on Contract Design in Public-Private Partnerships*. Banco Mundial.

Izadi A, Jahani Y, Rafiei S, Masoud A, Vali L. Evaluating health service quality: using importance performance analysis. *Int J Health Care Qual Assur*. 2017; 30(7):656–63. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-02-2017-0030>.

Jacoby, J., y Kyner, D. B. (1973). Brand loyalty vs. repeat purchasing behavior. *Journal of Marketing research*, 10(1), 1-9.

Jané, A. C., y Domínguez, S. M. (2003). Citizens' Role in Health Services: Satisfaction BehaviorKano's Model, Part 1. *Quality Management in Healthcare*, 12(1), 64-71.

Javed, S. A., Liu, S., Mahmoudi, A., y Nawaz, M. (2019). Patients' satisfaction and public and private sectors' health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches. *The International journal of health planning and management*, 34(1), e168-e182.

Javed, S. A., Liu, S., Mahmoudi, A., y Nawaz, M. (2019). Patients' satisfaction and public and private sectors' health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches. *The International journal of health planning and management*, 34(1), e168-e182.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., y Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in health care*, 11(4), 335-339.

Jiménez Paneque, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista cubana de salud pública*, 30(1), 0-0.

Jiménez-Zarco, A. I., González-González, I., Saigí-Rubió, F., & Torrent-Sellens, J. (2015). The co-learning process in healthcare professionals: Assessing user satisfaction in virtual communities of practice. *Computers in human behavior*, 51, 1303-1313.

Jin, Y., Park, Y., y Yu, J. (2019). An assessment model for evaluating asymmetric effects of attribute-level performance on satisfaction. *Sustainability*, 11(16), 4323.

Johnston, R. (1995). The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers. *Int. J. Serv. Ind. Manage.* 6(5), 53-71.

Johnston, R. (1998). "The effect of intensity of dissatisfaction on complaining behaviour", *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 11, pp. 69-77.

Johnston, R. (2004). Towards a better understanding of service excellence. *Managing Service Quality: An International Journal*, 14, 129-133.

Johnston, R. (2007). Insights into Service Excellence. In: Gouthier, M.J., Coenen, C., Schulze, H., Wegmann, C. (eds.) *Service Excellence als Impulsgeber*. pp. 17–35. Gabler.

Kano, N., Seraku, K., Takahashi, F., y Tsuji, S. (1984). Attractive quality and must-be quality. *Hinshitsu* (Quality, The Journal of the Japanese Society for Quality Control), 14(2), 39–48.

Kenagy, J. W., Berwick, D. M., y Shore, M. F. (1999). Service quality in health care. *Jama*, 281(7), 661-665.

Kennedy, G. D., Tevis, S. E., y Kent, K. C. (2014). Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes?. *Annals of surgery*, 260(4), 592.

Khan, N. N., y Puthussery, S. (2019). Stakeholder perspectives on public-private partnership in health service delivery in Sindh province of Pakistan: a qualitative study. *Public health*, 170, 1-9.

Kohn, L. T. (2000). Organizing and managing care in a changing health system. *Health Services Research*, 35(1 Pt 1), 37-52.

Kondasani, R. K. R., y Panda, R. K. (2015). Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare. *International journal of health care quality assurance*. doi:10.1108/IJHCQA-01-2015-0008

Kuo, T. C., Ma, H. Y., Huang, S. H., Hu, A. H., y Huang, C. S. (2010). Barrier analysis for product service system using interpretive structural model. *The International Journal of Advanced Manufacturing Technology*, 49(1-4), 407-417.

Lai, F., Hutchinson, J., Li, D., & Bai, C. (2007). An empirical assessment and application of SERVQUAL in mainland China's mobile communications industry. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 24(3), 244-262.

Lam, S. S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total quality management*, 8(4), 145-152. doi:10.1080/0954412979587.

Lam, S. Y. (2001). The effects of store environment on shopping behaviors: A critical review. *ACR North American Advances*.

Lee D, Lee S, Schniederjans M (2011) Medical error reduction: the effect of employee satisfaction with organizational support. *Serv Ind J* 31(8):1311–1325

Lee S, Lee D, Kang C (2012) The impact of high-performance work system in the health care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. *Service Industry Journal*, 32(2):17–36.

Lee S, Lee D, Olson D (2013) Health-care quality management using the MBHCP excellence model. *Total Qual Manag Bus Excell* 24(1–2):119–137

Lee, D. (2017). HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11(3), 491-516.

Lee, D., y Kim, K. K. (2017). Assessing healthcare service quality: a comparative study of patient treatment types. *International Journal of Quality Innovation*, 3(1), 1-15.

Lee, S. M., Lee, D., y Kang, C. Y. (2012). The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. *The Service Industries Journal*, 32(1), 17-36. doi:10.1080/02642069.2010.545397

Lee, Y. C., Wang, Y. C., Lu, S. C., Hsieh, Y. F., Chien, C. H., Tsai, S. B., & Dong, W. (2016). An empirical research on customer satisfaction study: a consideration of different levels of performance. *SpringerPlus*, 5(1), 1-9.

Leebov W, Jean C, Ersoz C (2003) The healthcare manager's guide to continuous quality improvement. IUniverse, Bloomington.

Lengnick-Hall, C. A. (1995). The patient as the pivot point for quality in health care de. *Journal of Healthcare Management*, 40(1), 25-39.

Liljander, V. and Strandvik, T. (1997). "Emotions in service satisfaction". *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 8 No. 2, pp. 148-60.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social science y medicine*, 16(5), 577-582. doi:10.1016/0277-9536(82)90311-2.

Lohr K. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol. I. Washington, DC: National Academy Press; 1991.

Lotfizadeh, M., Wang, S., Taylor, J., y Slusher, K. (2017). Assessment of patient satisfaction and experience through correlation analysis and Kano model. In *IIE Annual Conference. Proceedings*, 2033-2038.

Lytle, R. S., Hom, P. W., y Mokwa, M. P. (1998). SERV* OR: A managerial measure of organizational service-orientation. *Journal of retailing*, 74(4), 455-489.

Marín, M., & de-Rosa, A. (2007). In Instituto de Estudios Económicos (Ed.), Las nuevas formas de gestión sanitaria "modelo alzira". España:

Materla, T., Cudney, E. A., & Antony, J. (2019). The application of Kano model in the healthcare industry: a systematic literature review. *Total Quality Management & Business Excellence*, 30(5-6), 660-681.

Materla, T., Cudney, E. A., y Hopen, D. (2019). Evaluating factors affecting patient satisfaction using the Kano model. *International journal of health care quality assurance*, 32(1), 137-151.

Mauri, A. G., Minazzi, R., y Muccio, S. (2013). A review of literature on the gaps model on service quality: A 3-decades period: 1985-2013. *International Business Research*, 6(12), 134.

McQuaid, R. W., y Scherrer, W. (2008). Public Private Partnership in the European Union: Experiences in the UK, Germany and Austria. *Admin.*, 6, 7.

Merkouris, A., Andreadou, A., Athini, E., Hatzimbalasi, M., Rovithis, M., y Papastavrou, E. (2013). Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. *Health science journal*, 7(1), 28.

Messarina, P. (2016). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *Ucv-Scientia*, 8(2), 119-123.

Millán, G. (2009). Asociaciones Público-Privadas para el desarrollo de infraestructura y la provisión de servicios públicos. Experiencia del Reino Unido. *PIAPEM, FOMIN. BID*.

Miranda, F. J., Chamorro, A., Murillo, L. R., y Vega, J. (2010). Assessing primary healthcare services quality in Spain: managers vs. patients perceptions. *The Service Industries Journal*, 30(13), 2137-2149. doi:10.1080/02642060903215055

Miranda, F. J., Chamorro, A., Murillo, L. R., y Vega, J. (2012). Primary health care services quality in Spain: A formative measurement approach using PLS path modeling. *International Journal of Quality and Service Sciences*. 4(4), 387-398.

Mitrabasu, N. (2013). Integrating Kano model and Herzberg two factor theory to unveil the third quality factor of patient satisfaction in a multispecialty outdoor medical centre. *International Journal of Emerging Science and Engineering*, 1(7), 1-5.

Mitropoulos, P., Vasileiou, K., y Mitropoulos, I. (2018). Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 40, 270-275.

Mittal, V., y Kamakura, W. A. (2001). Satisfaction, repurchase intent, and repurchase behavior: Investigating the moderating effect of customer characteristics. *Journal of marketing research*, 38(1), 131-142.

Moeller, J., Breinlinger-O'Reilly, J., y Elser, J. (2000). Quality management in German health care—the EFQM Excellence Model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

Mohammad, K., Rimaz, S., Dastoorpour, M., Sadeghi, M., y Majdzadeh, S. R. (2014). Quality of Life and Related Factors among multiple sclerosis patients. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 11(4), 1-14.

Mohan, C. S., Rotter, J. S., Tan, H. J., Kent, E., Bjurlin, M. A., Basch, E., ... y Smith, A. B. (2021). The association between patient experience and healthcare outcomes using SEER-

CAHPS patient experience and outcomes among cancer survivors. *Journal of Geriatric Oncology*, 12(4), 623-631.

Moliner M, Berenguer G. (2011). El efecto de la satisfacción del cliente en la lealtad: aplicación en establecimientos minoristas. Bogotá (Colombia), 24 (42): 101-124, enero-junio de 2011.

Möller-Leimkühler, A. M., Dunkel, R., Müller, P., Pukies, G., de Fazio, S., y Lehmann, E. (2002). Is patient satisfaction a unidimensional construct?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(1), 19-23.

Montoya Vega, E. N. (2017). La gestión administrativa y calidad del servicio en el personal de la Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS)“Aguamiro”–Yurimaguas-2017.

Moorman, C., Zaltman, G., y Deshpande, R. (1992). Relationships between providers and users of market research: The dynamics of trust within and between organizations. *Journal of marketing research*, 29(3), 314-328.

Morea, D., y Gebennini, E. (2021). New Project Financing and Eco-Efficiency Models for Investment Sustainability, *Sustainability*, 13(2), 786

Morgan, S. D., & Hunt, R. M. (1994). Organizational commitment: one of many commitments or key mediating construct? *Academy of management journal*, 37(6), 1568-1587.

Moro Visconti, R., y Morea, D. (2020). Healthcare digitalization and pay-for-performance incentives in smart hospital project financing. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2318.

Mosadeghrad AM. (2012). A conceptual framework for quality of care. *Mater Sociomed.*;24(4):251–61. <https://doi.org/10.5455/msm.2012.24.251-261>.

Mundial, B. (2014). *Guía de Referencia de Asociaciones Público Privadas versión 2.0*. Publicaciones del Banco Mundial.

Myers BA (1969) A guide to medical care administration: concepts and principles. American Public Health Association, Washington, DC.

Myers, B. A. (1965). A guide to medical care administration: concepts and principles. In *A guide to medical care administration: concepts and principles*, (114-114).

Nabitz, U. W., y Klazinga, N. S. (1999). EFQM approach and the Dutch Quality Award. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

Nabitz, U., Klazinga, N., y Walburg, J. A. N. (2000). The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(3), 191-202.

Naidu, A. (2009), "Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22 (4) pp. 366-381.

Naylor, G. (1999). Using the business excellence model to develop a strategy for a healthcare organisation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

Naylor, P., Cowie, H., Talamelli, L., y Dawkins, J. (2002). The development of adolescent pupils' knowledge about and attitudes towards mental health difficulties (grant number 1750/197) Project report to PPP Healthcare Medical Trust.

Nemati, R., Bahreini, M., Pouladi, S., Mirzaei, K., y Mehboodi, F. (2020). Hospital service quality based on HEALTHQUAL model and trusting nurses at Iranian university and non-university hospitals: a comparative study. *BMC nursing*, 19(1), 1-9.

NIST. (s.f.). *Malcolm Baldrige National Quality Award*,
<https://www.nist.gov/baldrige/baldrige-award>

OECD. (2008). *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*.
doi:10.1787/9789264046733-en

Öge, H., y BAŞ, T. (2016). Public-Private Partnership Healthcare Projects in Turkey. *The Journal of Business Science*, 4(2), 105-119.

Oliveira, D. F. D., Arieta, C. E. L., Temporini, E. R., y Kara-José, N. (2006). Quality of health care: patient satisfaction in a university hospital. *Arquivos brasileiros de oftalmologia*, 69, 731-736.

Oliver, R. L., Rust, R. T., y Varki, S. (1997). Customer delight: foundations, findings, and managerial insight. *Journal of retailing*, 73(3), 311-336.

Oliver, R.L. (1997). *Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer*. New York.

Oliver, R.L. (1999), "Whence consumer loyalty?", *Journal of Marketing*, Vol. 63, pp. 33-45.

Oluma, A., Abadiga, M., Mosisa, G., Etafa, W., & Fekadu, G. (2019). Food insecurity and associated factors among people living with HIV/AIDS on follow up receiving anti-retroviral therapy at public hospitals of Wollega zones, Oromia, Ethiopia, 2019.

Orellana, S. (2003). Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Círculo de Derecho Administrativo*, 123-141.

Orellana, S. B. (2013). Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Revista de Derecho Administrativo, Pontificia Universidad Católica del Perú*.(13), 123-141.

Ortiz Espinosa, R. M., Muñoz Juárez, S., y Torres Carreño, E. (2004). Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. *Revista española de salud pública*, 78(4), 527-537.

Pakurár, M., Haddad, H., Nagy, J., Popp, J., & Oláh, J. (2019). The service quality dimensions that affect customer satisfaction in the Jordanian banking sector. *Sustainability*, 11(4), 1113.

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL (1985) A conceptual model of service quality and implications for future research. *J Mark* 49:41–50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1988), “ServQual: a multi-item scale for measuring consumer perceptions of the service quality”, *Journal of Retailing*, Vol. 64 No. 1, pp. 12-40.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. (1990), “Refinement and reassessment of the ServQual scale”, *Journal of Retailing*, Vol. 67 No. 4, pp. 420-450.

Pawitra, T. A., y Tan, K. C. (2003). Tourist satisfaction in Singapore—a perspective from Indonesian tourists. *Managing Service Quality: An International Journal*, 13(5), 399-411.

Perera, R., Dowell, T., Crampton, P., y Kearns, R. (2007). Panning for gold: an evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care. *Health Policy*, 80(2), 314-327. doi:10.1016/j.healthpol.2006.03.011.

Pérez, A. (2013). *La gestión del sistema de calidad basado en valores en los servicios hoteleros*. [Ph.D Dissertation, Universidad de Camagüey].

Periañez-Cristobal, R., Calvo-Mora, A., Rey-Moreno, M., y Suárez, E. (2020). Organisational profiles: Key factors and results from the EFQM model perspective. *Total Quality Management y Business Excellence*, 1-24.

Piper, L. E. (2005). Winning loyalty with a vision and a corporate soul. *The health care manager*, 24(4), 374-378

popp

Prakash, V. (1991). “Intensity of dissatisfaction and consumer complaint behaviors”, *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*, Vol. 4, pp. 110-22.

Puig-Junoy, J., y Dalmau, E. (2000). ¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica. *Avances en la gestión sanitaria: Implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*.

Qianli, Xu; Roger, Jiao; Yang, Xi; Helander, Martín; Halimahtun, Khalid y Anders, Opperud. (2009). An analytical Kano model for customer need analysis. *Design studies*, 30(1), 87-110.

Ramakrishnan, D. (2012). Public Private Partnership (PPP) in Indian Health Care. <https://ssrn.com/abstract=2186897>

Ramez, W. S. (2012), “Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioural Intention: An Empirical Study in Bahrain”, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3 No.18, pp. 131-141.

Ramli AH (2019). Patient Satisfaction, Hospital image and patient loyalty in West Sulawesi province. *Business Entrepreneur Rev.* 17(1):1–14. <https://doi.org/10.25105/ber.v16i2.5088>

Rebollo, A. (2009). Capítulo 5. la experiencia española en APPs: Hospitales, infraestructura social y otros equipamientos de uso público y municipal. In PIAPPEM (Ed.), *Documento de apoyo / experiencias internacionales en el desarrollo de asociaciones público privadas / experiencia española* (). Madrid - España:

Rebollo, A. (2009). *La experiencia española en concesiones y APPs: Ferrocarriles, metros, tranvías y otras infraestructuras de transporte urbano y metropolitano*. España: Piapem ediciones.

Redacción, G. (7 de agosto de 2017). IBT Health recibe la certificación de calidad ISO 9001-2015 en tres servicios. *Diario Gestión*. <https://gestion.pe/economia/empresas/ibt-health-recibe-certificacion-calidad-iso-9001-2015-tres-servicios-141094-noticia>

Reddick, C. G., Enriquez, R., Harris, R. J., y Sharma, B. (2020). Determinants of broadband access and affordability: An analysis of a community survey on the digital divide. *Cities*, 106, 102904.

Reich, MR. (2002). Asociaciones público-privadas para la salud pública. *Nat Med*, 6 (6), pp. 617–620.

Reichheld, F.F. (1996), *The Loyalty Effect*, Harvard Business School Press, Cambridge, MA.

Rezaei, S., Hajizadeh, M., Zandian, H., Fathi, A., y Nouri, B. (2018). Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 59.

Riveros, M. I. (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuadernos médico sociales*, 47(1).

Rodríguez, C. (2013). *Creando una cultura de calidad hospitalaria*. Medwave. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/5810>

Rodríguez-Abad, J. (2018). Asociaciones público-privadas (APP): ¿Cómo pueden mejorar la calidad de los servicios de salud. *Conexión ESAN*, 2.

Rose, R. C., Uli, J., Abdul, M., y Ng, K. L. (2004). Hospital service quality: a managerial challenge. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17, (146-159)

Sahin, A., Zehir, C., & Kitapçı, H. (2011). The effects of brand experiences, trust and satisfaction on building brand loyalty; an empirical research on global brands. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 24, 1288-1301.

Sahney, S. (2011). Delighting customers of management education in India: a student perspective, part I. *The TQM Journal*, 23(6), 644-658.

Salanova, M., Agut, S., y Peiró, J. M. (2005). Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: the mediation of service climate. *Journal of applied Psychology*, 90(6), 1217-1227. doi:10.1037/0021-9010.90.6.1217

Sanakulov, N., y Karjaluo, H. (2015). Consumer adoption of mobile technologies: a literature review. *International Journal of Mobile Communications*, 13(3), 244-275.

Schneider, B., Bowen, D.E. (1999). Understanding customer delight and outrage. *Sloan Manage. Rev.* 41(1), 35–45.

Schoenfelder, T., Klewer, J., y Kugler, J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International journal for quality in health care*, 23(5), 503-509.

Schuster, MA; McGlynn, EA y Brook, RH. (1988). How good is the quality of health care in the United States? *Milbank Q.* 76:517–64. doi: 10.1111/1468-0009.00105.

Scobie S, Thomson R, Mcneil JJ, Phillips PA (2006) Measurement of the safety and quality of healthcare. *Med J Aust* 184(10):S51–S55.

Seclén-Palacin, J., y Darras, C. (2005, June). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. In *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(2), 127-141. UNMSM. Facultad de Medicina. doi:10.15381/anales.v66i2.1361

Seth N., Deshmukh, S., Vrat P. (2005) Service quality models: a review. Indian Institute of Technology, New Delhi, India, and Indian Institute of Technology, Roorkee, India.

Setyawan, F. E. B., Supriyanto, S., Ernawaty, E., y Lestari, R. (2020). Understanding patient satisfaction and loyalty in public and private primary health care. *Journal of Public Health Research*, 9(2).

Shafiq M, Naeem MA, Munawar Z, Fatima I. Service quality assessment of hospitals in Asian context: an empirical evidence from Pakistan. *Inquiry*. 2017;54:1–12. <https://doi.org/10.1177/0046958017714664>.

Shahin, A. (2006), “ServQual and model of service quality gaps: a framework for determining and prioritizing critical factors in delivering quality services”, in Partha Sarathy, V. (Ed), *Service Quality – An Introduction*, ICFAI University Press, Andhra Pradesh, pp. 117-131.

Shahin, A. and Samea, M. (2010), “Developing the models of service quality gaps: a critical discussion”, *Business Management and Strategy*, Vol. 1 No. 1, pp. 1-11.

Shahin, A., Jamkhaneh, H. B., y Cheryani, S. Z. H. (2014). EFQMQual: evaluating the implementation of the European quality award based on the concepts of model of service quality gaps and ServQual approach. *Measuring Business Excellence*.

Shahin, A., y Akasheh, S. (2017). Classifying customer requirements using Kano model and Kano map: the case of hospital services. *International Journal of Productivity and Quality Management*, 21(4), 500-515.

Shirley, E. D., y Sanders, J. O. (2013). Patient satisfaction: implications and predictors of success. *JBJS*, 95(10), e69.

Sifuentes, A. (2000). *Uso exploratorio del SERVQUAL en la evaluación de la calidad del servicio de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia*. [Master's Tesis, Universidad Peruana Cayetano Heredia].

Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V., y Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health expectations*, 1(2), 82-95.

Sofaer, S., y Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annu. Rev. Public Health*, 26, 513-559. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958.

Stemmer, E. (2008). Contractual structures and risk allocation and mitigation in the context of public private partnerships in the health sector. *World Bank*

Sulisworo, D. (2000). Integrating Kano's model and SERVQUAL to improve healthcare service quality. *Global Public Health*. Sullivan, E. E., y Ellner, A. N. D. Y. (2015). Strong patient-provider relationships drive healthier outcomes. *Harv Bus Rev*, 9.

Sulisworo, D. (2012). Enabling ICT and knowledge management to enhance competitiveness of higher education institutions. *International journal of Education*, 4(1), 112-121.

Sullivan, P. W., Smith, K. L., Ghushchyan, V. H., Globe, D. R., Lin, S. L., y Globe, G. (2013). Asthma in USA: its impact on health-related quality of life. *Journal of Asthma*, 50(8), 891-899.

Tapia-Hidalgo, R. (2013). Modelo de asociaciones público privadas aplicación a inversiones en salud experiencia chilena. Cartagena de Indias - Colombia.

Taylor, K. (1997). A regret theory approach to assessing consumer satisfaction. *Marketing letters*, 8(2), 229-238.

TESINA DOCTORAL (2013). Asociaciones público-privadas en el sector salud como estrategia para la ampliación de cobertura y mejora del servicio con racionalidad económica en el Perú. Madrid- España.

Tontini, G., & Picolo, J. D. (2014). Identifying the impact of incremental innovations on customer satisfaction using a fusion method between importance-performance analysis and Kano model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 31(1), 32-52.

Tucker, J. L., y Adams, S. R. (2001). Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care. *Managing Service Quality: An International Journal*. 11(4) 272-287. doi:10.1108/EUM0000000005611.

Turley, L. W., y Milliman, R. E. (2000). Atmospheric effects on shopping behavior: a review of the experimental evidence. *Journal of business research*, 49(2), 193-211.

Tutuncu, O., Kucukusta, D. (2010) Canonical correlation between job satisfaction and EFQM business excellence model. *Qual. Quant.* 44(6), 1227–1238.

Vassiliadis, C. A., Fotiadis, A. K., y Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management y Business Excellence*, 25(7-8), 897-907.

Vaughan, E. and Woodruffe-Burton, H. (2011), "The disabled student experience: does the ServQual scale measure up?", *Quality Assurance in Education*, Vol. 19 No. 1, pp. 28-49.

Velásquez, A., Suarez, D., y Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 546-555.

Veloso, C. M., y Monte, A. P. (2019). Validation of a measurement scale of service quality, image, customer satisfaction and loyalty in traditional trade. *Tourism y Management Studies*, 15(3), 27-35.

Vining, A. R., y Boardman, A. E. (2008). Public—private partnerships: eight rules for governments. *Public Works Management y Policy*, 13(2), 149-161.

Visconti, R. M., Doś, A., y Gurgun, A. P. (2017). Public–private partnerships for sustainable healthcare in emerging Economies. In *The Emerald Handbook of Public–Private Partnerships in Developing and Emerging Economies*. Emerald Publishing Limited. 407-437.

Vuori, H. V. (1982). *Quality assurance of health services: concepts and methodology* (16). Copenhagen, Denmark; World Health Organization, Regional Office for Europe.

Wirtz, J., Johnston, R. (2003). Singapore Airlines: what it takes to sustain service excellence: a senior management perspective. *Manag. Serv. Qual.* 13(1), 10–19.

Wold, H. (1985). Partial least squares. In 'Encyclopedia of Statistical Science'. (Eds S Kotz, NL Johnson) 6, 581-591.

Wongrukmit, P., y Thawesaengskulthai, N. (2014). Hospital service quality preferences among culture diversity. *Total Quality Management y Business Excellence*, 25(7-8), 908-922.

World Bank. (2012). In World Bank (Ed.). Best practices in public-private partnership financing in Latin America: The role of innovative approaches (World Bank ed.). Washington: World Bank.

World, B. (2012). Best practices in public-private partnerships financing in Latin-America: the role of subsidy mechanisms.

World, B. (2014). Guía de Referencia de Asociaciones Público Privadas Versión 2.0. *Washington: Publicaciones del Banco Mundial*.

Wu, Z., Liu, Y., Zhang, Q., Wu, K., Zhang, M., & Ma, S. (2019, January). The influence of image search intents on user behavior and satisfaction. In *Proceedings of the Twelfth ACM International Conference on Web Search and Data Mining*, 645-653.

Yeh, T. M. (2010). Determining medical service improvement priority by integrating the refined Kano model, Quality function deployment and Fuzzy integrals. *African journal of business management*, 4(12), 2534-2545.

Yusoff, W. Z. W., Ismail, M., & Newell, G. (2008). FM-SERVQUAL: a new approach of service quality measurement framework in local authorities. *Journal of Corporate Real Estate*, 10(2), 130-144.

Zaibaf, M., Taherikia, F., y Fakharian, M. (2013). Effect of perceived service quality on customer satisfaction in hospitality industry: Gronroos' service quality model development. *Journal of Hospitality Marketing y Management*, 22(5), 490-504. doi:10.1080/19368623.2012.670893.

Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, 52(3), 2-22. doi:10.2307/1251446.

Zeithaml, V. A., Berry, L. L., y Parasuraman, A. (1996). The behavioral consequences of service quality. *Journal of marketing*, 60(2), 31-46. doi:10.1177/002224299606000203.

Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., y Gremler, D. D. (2010). Services marketing strategy. *Wiley International Encyclopedia of Marketing*.

Zendehtalab H, Vanaki Z, Memarian R. Improving the quality of healthy aging care: a participatory action research. *Evid Based Care*. 2020;10(2):27–36.



Zevallos, L., Salas, V., y Robles, L. (2014). Asociaciones público-privadas para servicio de salud:¿ la solución al sistema de salud peruano?. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31(4), 769-774.

ANEXOS



Article

Patient Satisfaction in the Peruvian Health Services: Validation and Application of the HEALTHQUAL Scale

Fernando Barrios-Ipenza ^{1,*}, Arturo Calvo-Mora ², Félix Velicia-Martín ² ,
Fernando Criado-García ² and Antonio Leal-Millán ^{2,*} 

¹ Escuela de Posgrado, Universidad Continental, 15046 Lima, Peru

² Departamento de Administración de Empresas y Marketing, Universidad de Sevilla, 41018 Sevilla, Spain; schmidt@us.es (A.C.-M.); velicia@us.es (F.V.-M.); fcriado@us.es (F.C.-G.)

* Correspondence: fbarrios@continental.edu.pe (F.B.-I.); leal@us.es (A.L.-M.); Tel.: +51-213-276-0 (F.B.-I.)

Received: 5 June 2020; Accepted: 6 July 2020; Published: 15 July 2020



Abstract: During recent years, public–private partnerships (PPPs) in the health sector have been an attractive alternative for improving healthcare services in developing countries such as Peru. Therefore, it is fundamental to consider a comprehensive set of healthcare qualities, like the HEALTHQUAL scale, when we measure dimensions of healthcare service quality. Currently, no studies have applied HEALTHQUAL in Peruvian hospitals. The purposes of this study were to (1) validate and evaluate the application of the HEALTHQUAL scale to measure user satisfaction in outpatient services at two PPP hospitals in Peru; and (2) test the relationship between user satisfaction, efficiency, and loyalty. A descriptive, cross-sectional study based on the HEALTHQUAL scale was carried out at the end of 2018. The measurement items were satisfaction with healthcare personnel, satisfaction with nonhealthcare personnel, satisfaction with facilities and equipment, perception of efficiency, and trust. The scale was administered to a nonprobability sample of 250 users who attended one of two PPP hospitals—Barton and Kaelin. The application of partial least squares path modeling significantly impacted on the perceived efficiency in the items of healthcare personnel, nonhealthcare personnel, and facilities and equipment. The HEALTHQUAL scale demonstrated sufficient validity and thus can be applied for measuring user satisfaction in PPP hospitals.

Keywords: patient satisfaction; validation studies; service quality; hospitals; public-private partnership; Peru

1. Introduction

1.1. Quality of the Services in Hospital Management

Current efforts to improve the delivery of healthcare services globally have highlighted quality as a fundamental and intrinsic value of health organizations worldwide [1,2]. Quality considers the user’s perspective and satisfaction with the service received, with the user determining its level in a framework of continuous improvement. This framework should include objective and measurable characteristics in any organization [3–5].

Applied to the health sector, this concept is related to the application of technology and science to maximize the benefits and reduce the risks in the healthcare process, expecting a positive impact on health indicators, an improvement in health problems, and the satisfaction of patients and families [6,7]. According to Avedis Donabedian [8], the quality of healthcare is defined as “the degree to which the most desirable means are used to achieve the greatest possible improvement in health. However, as the

consequences of care are manifested in a future that is often difficult to know, what is important is the outcome expectations that could be attributed to health care in the present.”

For this reason, the implementation of quality management strategies represents a key factor for achieving success in healthcare organizations [9,10]. One of these tools is the management of user perception of the service received, since the performance of organizations is closely linked to the intention of using a service again in the future, which is a result of user satisfaction [11,12].

In this context, user satisfaction is an indicator of the quality of the service [13], resulting in a value judgment as a consequence of the interaction of the user with the service, and is related to various factors such as care, empathy, credibility, and responsiveness [14,15].

For years, studies have been suggesting that the quality of a service is one of the most important determinants of customer satisfaction and trustworthiness [16–18]. Therefore, the objective of all organizations is to permanently improve the quality of the services provided and thus to satisfy and retain their clients. For this, managers need to continuously analyze the context and drivers of the quality of service provided by their organizations, the customer satisfaction, and the value perceived by the users of their services. In particular, the central question to be investigated by managers is how all of these above-mentioned factors or variables relate to each other to understand and explain the future behavior of their clients [19].

1.2. Public–Private Associations (PPPs) as an Organization Model in Health

Public–private partnerships (PPPs) have emerged in recent years as a strategy to expand coverage and to improve healthcare services in different Latin American countries, proving to be an effective model to fill the gap in infrastructure and services, as well as to improve the quality of the existing infrastructure [20]. PPPs are defined as long-term contracts between a private party and a public entity, which provide a public good or service in which the private party assumes a significant risk and the responsibility for management and has performance indicators [21]. Similarly, the Organization for Economic Cooperation and Development [22] defines PPPs as agreements between the government and one or more private partners, under which the latter provide a service in such a way that the government’s service delivery objectives are aligned with the objectives of obtaining profit from the private sector, and where effectiveness depends on an adequate transfer of risk from the private sector.

As both of the above-mentioned documents regarding PPPs highlight, although there is no single and generalized definition of these schemes in different countries, PPP models facilitate broad and participatory solutions between the public and private sectors for the provision of goods and public services in an integral way. There are usually two mechanisms by which to pay the private sector for the responsibilities—(a) through government payments to the private sector according to the degree of quality and the results of the services provided to users, defined contractually; or (b) through direct payments from the users who receive these services and are supplemented by subsidies paid by the government [21].

The need for infrastructure and quality healthcare services in developing countries has highlighted the PPP model as a very useful alternative for solving the financial restrictions and management capacity faced by the governments, expanding the coverage of their healthcare systems and improving the quality of the services provided. In this sense, three main benefits of PPPs in the health sector have been recognized—(i) efficiency improvement, (ii) improvements in the quality of services, and (iii) improvements in the allocation of risks and resources [23,24]. Evidence from Spain, Chile, England, and Germany [25–28] have described the role of PPPs in optimizing resources and improving productivity and efficiency, given that PPPs usually assure greater quality and quicker adaptation to market needs compared to public management processes.

In Peru, the first two hospitals operating under the PPP model belong to the EsSalud (Peruvian social security health system), namely, the Alberto L. Barton Thompson Hospital in the Callao district (started in 2009) and the Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital in the Villa María del Triunfo district, both located in the Region of Lima (Peru). Both hospitals have been operating for 11 years, but there

are no published studies that describe the experience of PPPs and their relationship with quality and user satisfaction. To date, there is also no valid scale to evaluate user satisfaction in PPP hospitals in Peru.

Therefore, given the scarcity of research in Latin America, and particularly in Peru, on scales to measure the quality of service perceived by healthcare users (for example, the patient, the patient's relatives, or the general public) in a hospital setting, our work focuses on validating an expanded version of a healthcare service quality scale, namely HEALTHQUAL, based on the previous work of Lee and Kim [29] and Miranda et al. [9], which consists of five constructs, and which can be further adapted to other Latin American countries. In addition, our study proposes a seven-hypothesis research model to analyze the cause-effect relationships between these five constructs.

1.3. The HEALTHQUAL Scale, Dimensions, and Items

For years, SERVQUAL has been used as a multidimensional scale, with high validity and reliability, to assess the quality in health-related organizations and other sectors [30]. Moreover, adaptations of the SERVQUAL scale in the health field has allowed evaluation of the perceptions of patients on the quality of care and services in healthcare facilities [31,32].

Since Myers [33] first introduced the concept of the quality of healthcare services, it has been measured using various dimensions [34–36] that have evolved according to the research agenda [37].

Managing quality in healthcare services requires an efficient and integral approach for collecting information about user care. In this sense, HEALTHQUAL is a multidimensional scale to measure the quality of services in modern medical care that evaluates items from the patient's perspective. The set of items considers dimensions such as improvement in care services, quality, efficiency, safety, and empathy and loyalty of healthcare users. Although various existing scales include most of the items suggested by previous studies [9,29,34–37], HEALTHQUAL may require modifications or changes over time; thus, by continuous improvement, it can more precisely measure the quality of medical care provided to patients, considering different geographical areas, local cultures, and other factors [29]. Therefore, although adaptations of the HEALTHQUAL survey are frequently used to measure perceived satisfaction, to date, no studies have been conducted using the HEALTHQUAL scale in PPP hospitals in Peru.

Studies using the HEALTHQUAL scale usually include four components, namely, healthcare personnel, efficiency measures, nonhealthcare personnel, and physical facilities [9], or include five components—empathy, tangibles, safety, efficiency, and improvements of care service [37].

In our study, the quality of service was analyzed using a version of HEALTHQUAL adapted from the previous work of Lee and Kim [29] (i.e., five dimensions and 32 items) and Miranda et al. [9] (i.e., four dimensions and 25 items), considering the healthcare personnel and nonhealthcare personnel, the facilities and equipment of the healthcare center, and the perceived efficiency and the loyalty or intention to reuse the service. Thus, our HEALTHQUAL scale consists of five constructs and a total of 34 items—(1) satisfaction with healthcare personnel (10 items); (2) satisfaction with nonhealthcare personnel (4 items); (3) satisfaction with facilities and equipment (6 items); (4) perceived efficiency (11 items); and (5) loyalty (3 items). This last component of the scale—loyalty or intention to reuse the service—reflects the overall evaluation of the quality of service perceived by the user, and is related in some way to the empathy component of Lee and Kim's work [29] and the global satisfaction toward the healthcare service.

An initial pretest was carried out on the HEALTHQUAL scale before the data collection phase to ensure that it was adjusted to the profile of healthcare users in Peru. Participants were both academic and healthcare professionals. Decisions to adapt the questionnaire were based on two criteria—(a) the suitability of the questions for the healthcare services, and (b) the ability of the patients to answer the questions without feeling confused, doubtful, or insecure.

An initial scale composed of 38 items was then administered to a small sample of patients (i.e., healthcare users) as a pretest to obtain more information and to refine the items. The results showed

that the respondents perceived that some items were somewhat redundant. Since this redundancy caused confusion, we decided to remove four items from the measurement scale. Therefore, our final scale included 34 items that represent the five dimensions of the quality of service perceived by users of healthcare services.

1.4. Research Model and Hypothesis

1.4.1. Healthcare Personnel Dimension (HP)

Healthcare personnel represent the most important component of healthcare services and include different groups and professions in a healthcare organization. From the point of view of satisfaction with the quality of services, it is very important that healthcare professionals keep proper interpersonal relationships with patients in a dynamic, continuous, and timely manner. In this context, the perception of patient satisfaction depends almost entirely on the care received from healthcare personnel [38]. Therefore, we propose the following hypotheses:

- H1: The better the performance of healthcare personnel, the greater the efficiency in healthcare; and
H2: The better the performance of healthcare personnel, the greater loyalty of users to the healthcare service.

1.4.2. Nonhealthcare Personnel Dimension (NHP)

In the context of the healthcare system, there are different factors that intervene directly or indirectly with patient satisfaction. One of them is the group of nonhealthcare professionals, involving administrative personnel who work in auxiliary services or that complement medical care. Several studies have related the care provided by the administrative services to the quality of care perceived by users who attend healthcare services [39]. Therefore, we propose the following hypotheses:

- H3: The better the performance of nonhealthcare personnel, the greater the efficiency in healthcare; and
H4: The better the performance of nonhealthcare personnel, the greater loyalty of the user to the healthcare services.

1.4.3. Facilities, Equipment, and Tangible Dimension (FET)

The physical space, infrastructure, equipment, and materials are essential to provide proper conditions to carry out quality medical care [40]. Based on the above, we propose the following hypotheses:

- H5: The better the conditions of the facilities, equipment, and tangibles, the greater the efficiency in healthcare; and
H6: The better the conditions of the facilities, equipment, and tangibles, the greater the loyalty of the user to the healthcare service.

1.4.4. Relationship Between Efficiency (EFI) and Loyalty (L)

The measurement of efficiency in a hospital setting is related to the efficient use of resources and the management of process waiting times. Considering that, in many of the health sectors, resources are deficient and scarce, efficiency refers the adequate use of resources in order to maximize benefits for the user and the healthcare services. Likewise, at the hospital management level, efficiency analysis allows one to improve the use of resources and the reorganization of services to add value for healthcare users [41,42].

User loyalty is the result of quality care and represents its continuity through a direct relationship where satisfied customers become loyal customers, committed to the organization and willing to repeat the experience and share it [43]. Based on the above, we propose the following hypothesis:

- H7: The greater the efficiency of the healthcare service provided, the greater the patient's loyalty to that healthcare service.

The above hypotheses are summarized in Figure 1.

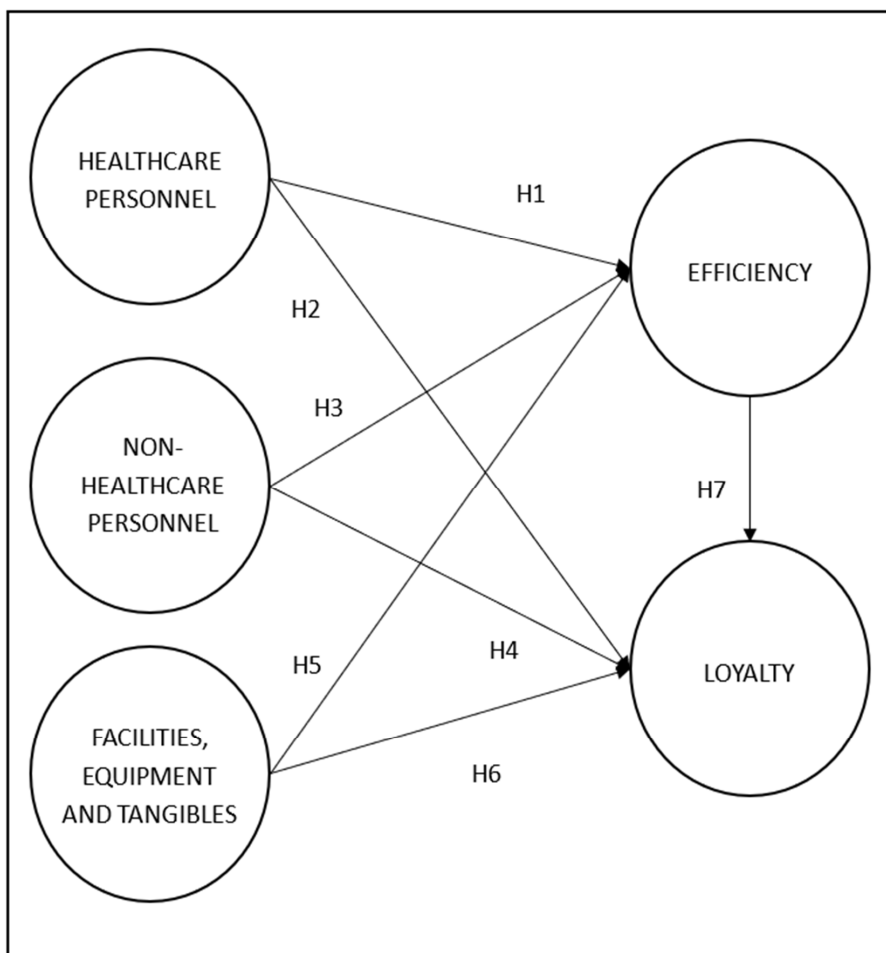


Figure 1. Model of the hypotheses.

- H1: Healthcare personnel positively impact efficiency;
- H2: Healthcare personnel positively impact loyalty;
- H3: Nonhealthcare personnel positively impact efficiency;
- H4: Nonhealthcare personnel positively impact loyalty;
- H5: Facilities, equipment, and tangibles positively impact efficiency;
- H6: Facilities, equipment and tangibles positively impact loyalty; and
- H7: Efficiency positively impacts loyalty.

2. Materials and Methods

A descriptive, exploratory, cross-sectional study was carried out during 2018. Applying nonprobability sampling, the HEALTHQUAL scale was applied to a sample of 250 users who attended one of the two PPP hospitals in Lima, Peru (Alberto L. Barton Thompson Hospital and Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital), which serve an average of 250,000 insured patients annually.

The study consisted of three phases—(I) scale development, (II) evaluation of the validity and reliability, and (III) scale evaluation.

2.1. Measurement Instrument

A questionnaire consisting of 34 items representing the five dimensions of the quality of service perceived by users of healthcare services was used (see Table 3). All items were measured on a 7-point Likert scale, where 7 was “totally agree” and 1 was “strongly disagree”. The questions used were based on the HEALTHQUAL scale described above. This HEALTHQUAL scale measures the constructs of healthcare personnel, nonhealthcare personnel, facilities and equipment, and efficiency. For the purposes of this study, the “loyalty” construct was added in order to validate a new construct that measures variables related to the continuity of care after the provision of the healthcare service. The indicators of this construct were adapted from various studies that used a loyalty scale [44–48].

2.2. Variables

Efficiency and loyalty were established as dependent variables, and healthcare personnel, nonhealthcare personnel, and facilities and equipment were used as independent variables, as shown in Figure 1.

2.3. Application of the Questionnaire

The questionnaire was distributed according to sex and age of the participants, in keeping with the distribution of the population at both PPP hospitals. Previously, we asked permission from the PPP managers at both hospitals for the application of the surveys, and the external interviewers were trained in the HEALTHQUAL methodology. The data collection was anonymous, and we protected the confidentiality of the database.

2.4. Data Processing and Analysis

An Excel spreadsheet was generated with the information obtained from the surveys, and analysis was subsequently performed using the partial least squares (PLS) methodology to validate the model and the hypotheses proposed. This statistical methodology is based on an iterative combination of principal components analysis and regression analysis. This process corresponds to a model developed by Wold to reflect the conditions present in social and behavioral sciences [49].

The evaluation of a model using the PLS methodology has three phases—(a) evaluation of the global model, (b) evaluation of the measurement model, and (c) evaluation of the structural model.

The global model was analyzed by measuring the standardized root mean squared residual (SRMR). A value below 0.08 indicates that the PLS path model provides a sufficient fit between the proposed model and the data, as described by Hu and Bentler [50].

For the evaluation of the measurement model, factor loadings greater than 0.707 suggest the individual viability of the indicators for each construct [51].

Discriminant validity analysis was performed using the Heterotrait–Monotrait Ratio (HTMT) criterion, which assesses the average of the Heterotrait–Heteromethod correlations of the variables estimated in Mode A [52]. The HTMT level must be below at least the 0.90 value to conclude that the constructs reach validity [53]. Likewise, discriminant validity indicates to what extent a given construct is different from the other constructs [54]. As for the evaluation of the structural model, the problems of collinearity were analyzed according to the variance inflation factor (VIF) values.

3. Results

A total of 250 patients who attended either one of the PPP hospital complexes were surveyed. The age range was from 35 to 54 years, and 128 respondents were women, while the other 122 were men (Table 1).

Table 1. Distribution of the surveyed patients according to age and gender in the two hospital complexes.

Age	Hospital 1 ¹		Hospital 2 ²		Total
	Male	Female	Male	Female	
18–34	16	16	17	18	67
35–54	25	24	25	27	101
55–74	16	18	12	14	60
+75	6	7	5	4	22
Total	128		122		250

¹ Alberto L. Barton Thompson Hospital; ² Guillermo Kaelin de la Fuente. Both hospitals are located in the Region of Lima (Peru).

3.1. Global Model

Based on the results, the Standardized Root Mean-Square (SRMR) was equal to 0.060, which means that the model fits the data (Table 2).

Table 2. The global model.

Indicator	
SRMR ¹	
Saturated Model	0.0643
Estimated Model	0.0643

¹ Standardized root mean squared residual.

3.2. Measurement Model

As shown in Table 3, in reference to the individual viability of each item, the factor loadings obtained in most of the indicators were greater than 0.707, demonstrating that the proposed indicators are suitable for the constructs.

Table 3. Results of the measurement model.

Construct/Indicator		Factor Loadings	Composite Reliability	AVE ¹	ρ_A ²
Healthcare Personnel (HP)			0.952	0.667	0.947
HP1	The professionalism of the healthcare personnel is very high	0.7574 ***			
HP2	The kindness and courtesy of the healthcare personnel is very high	0.7497 ***			
HP3	Confidence in the healthcare personnel is very high	0.8000 ***			
HP4	The healthcare personnel provide a highly personalized service	0.7828 ***			
HP5	Communication with the healthcare personnel is very good	0.8387 ***			
HP6	Individualized care of the healthcare personnel to the problems of the patient is very good	0.8623 ***			
HP7	The interest of the healthcare personnel in attending to the patient's problems is very high	0.8733 ***			
HP8	The concern of the healthcare personnel to understand the problems of the patient is very high	0.8514 ***			
HP9	The prestige of the medical staff is very good	0.8554 ***			
HP10	Doctors explain in detail the diagnoses and treatment of a disease	0.7858 ***			
Nonhealthcare personnel (NHP)			0.957	0.848	0.941
NHP1	The professionalism of the non-healthcare personnel is very high	0.9034 ***			
NHP2	The kindness and courtesy of the nonhealthcare personnel is very good	0.9250 ***			
NHP3	Individualized care of the nonhealthcare personnel to the problems of the patient is very good	0.9335 ***			
NHP4	The interest of the nonhealthcare personnel in attending to the patient's problems is very high	0.9221 ***			

Table 3. Cont.

Construct/Indicator		Factor Loadings	Composite Reliability	AVE ¹	ρ_A ²
Facilities, equipment, and tangibles (FET)			0.894	0.585	0.865
FET1	The cleanliness of the facilities is very high	0.6434 ***			
FET2	The equipment of the healthcare center is very good	0.7434 ***			
FET3	The accessibility of the healthcare center is very good	0.8034 ***			
FET4	The appearance and presence of the healthcare personnel is very good	0.8435 ***			
FET5	The appearance and presence of the non-healthcare personnel is very good	0.8051 ***			
FET6	There is clear signage for each department in the hospital	0.7335 ***			
Efficiency (EFI)			0.919	0.507	0.906
EFI1	The hospital provides many facilities to arrange a medical appointment	0.7402 ***			
EFI2	The level of bureaucracy is minimal (very low)	0.7282 ***			
EFI3	The waiting time in the healthcare center before entering a medical consultation is adequate	0.6685 ***			
EFI4	The hospital provides a very good computerized service	0.6844 ***			
EFI5	The speed of ancillary testing is very high	0.7036 ***			
EFI6	Complaint resolution is very fast and satisfactory	0.7796 ***			
EFI7	The time spent focusing on the care of each patient is adequate	0.7330 ***			
EFI8	The hours of the healthcare center are very wide and adequate	0.6492 ***			
EFI9	Medical expenses are reasonable	0.6465 ***			
EFI10	The existence of improvement in the medical condition as a result of the efforts and treatment by medical personnel is very high	0.7512 ***			
EFI11	The occurrence of side effects when patients take their medicines is very low	0.7382 ***			
Loyalty (L)			0.945	0.852	0.913
L1	The patient is treated again in this hospital	0.9169 ***			
L2	The patient recommends this hospital to his friends and family	0.9432 ***			
L3	Visiting the hospital again for its effectiveness in organization and service	0.9081 ***			

¹ Average Variance Extracted. ² Dijkstra-Henseler's rho. *** $p < 0.001$; based on a bootstrapping of 10,000 samples with a two-tailed test.

Table 4 shows that, according to the HTMT criterion, two values are less than 0.85 and one is less than 0.90. Therefore, all three constructs are valid. The five constructs are also shown to have discriminant validity, making them different from each other in their ability to measure satisfaction.

Table 4. The measurement model—discriminant validity.

Heterotrait–Monotrait Ratio (HTMT)					
	HP	NHP	FET	EFI	L
HP					
NHP	0.63				
FET	0.679	0.593			
EFI	0.73	0.661	0.756		
L	0.697	0.588	0.626	0.785	
Fornell–Larcker Criterion					
	HP	NHP	FET	EFI	L
HP	0.817				
NHP	0.613	0.921			
FET	0.672	0.531	0.765		
EFI	0.682	0.613	0.672	0.712	
L	0.65	0.546	0.566	0.72	0.923

3.3. Structural Model

Following the direction of Hair et al. [55], the problems of collinearity between the constructs are ruled out, since the VIF values are less than five (see Table 5).

Table 5. The variance inflation factor (VIF) values of the structural model.

Construct	HP	NHP	FET	EFI	L
HP				1.907	2.184
NHP				1.655	1.792
FET				1.726	2.02
EFI					2.504
L					

Regarding the structural model, as shown in Table 6, the hypotheses that nonhealthcare personnel (H4) and facilities and equipment positively impact loyalty to the service were not statistically significant. The remaining five were statistically significant, with $p < 0.005$.

Table 6. The structural model.

Hypothesis	Suggested Effect	Path Coefficient	Confidence Interval 99%	Student's <i>t</i>	<i>p</i> -Value
H1: HP -> EFI	+	0.3331 ***	[0.2410; 0.4223]	6.0374	0.0000
H2: HP -> L	+	0.2525 ***	[0.1039; 0.4118]	2.7147	0.0033
H3: NHP -> EFI	+	0.2338 ***	[0.1547; 0.3252]	4.4977	0.0000
H4: NHP -> L	+	0.0856	[-0.0566; 0.2069]	1.0763	0.1409
H5: FET -> EFI	+	0.3428 ***	[0.2545; 0.4314]	6.3340	0.0000
H6: FET -> L	+	0.0595	[-0.0555; 0.1763]	0.8476	0.1983
H7: EFI -> L	+	0.4550 ***	[0.3345; 0.5904]	5.9320	0.0000

*** $p < 0.001$; based on a bootstrapping of 10,000 samples with a one-tailed test.

The effects on the endogenous variables are represented in Table 7. According to the criteria of Hair et al. [55], the EFI and L constructs have a moderate explanatory power ($R^2 > 0.5$).

Table 7. Effects on the endogenous variables.

Construct	R^2	Q^2	f^2	Direct Effect	Correlation	Variance Explained
EFI	0.6007	0.2792				
H1: HP			0.1457	0.3331	0.682	22.70%
H3: NHP			0.0827	0.2338	0.6131	14.30%
H5: FET			0.1705	0.3428	0.6715	23.00%
L	0.572	0.4529				
H2: HP			0.0682	0.2525	0.6501	16.40%
H4: NHP			0.0096	0.0856	0.5457	4.70%
H6: FET			0.0041	0.0595	0.5656	3.40%
H7: EFI			0.1932	0.455	0.7197	32.70%

The predictive relevance of the constructs according to the Stone–Geisser test (Q^2) reached positive values.

The evaluation of the size of the effects (f^2) shows various results—(a) a small effect ($0.02 \leq f^2 < 0.15$) in H2, H3, and H1; and (b) a moderate effect ($0.15 \leq f^2 < 0.35$) in H5 and H7. Likewise, it should be noted that the effect size of hypotheses H4 and H6 is below the lower limit of the small effect (0.02).

4. Discussion

This study used the PLS methodology and was carried out in three phases. The evaluation of the global model showed that the model fits the data. Likewise, the evaluation of the measurement model showed that the proposed indicators are adapted to the constructs of “healthcare personnel,” “nonhealthcare personnel,” “facilities and equipment,” “efficiency,” and “loyalty.” Furthermore, these five constructs have discriminant validity, making them different from each other in their ability to

measure the satisfaction of the users of healthcare services in Peru. Regarding the evaluation of the structural model, the dependent characteristics of healthcare personnel, nonhealthcare personnel, and the facilities and equipment that the hospital has all positively impact efficiency. However, only the characteristics dependent on healthcare personnel and efficiency are associated with the loyalty that the user develops toward the healthcare services.

Regarding the evaluation of reliability and validity of the instrument, we found that the HEALTHQUAL scale presented adequate psychometric estimates, since the constructs have discriminant validity and the factor loadings showed that the proposed indicators are adequate for the constructs. These results are consistent with the study carried out by Lee and Kim [37], where the use of the HEALTHQUAL scale demonstrated validity and reliability to examine the quality dimensions of a healthcare service in South Korea based on five components—namely, empathy, tangibles, safety, efficiency, and the degree of improvement of the care service.

On the other hand, the association found between efficiency and the factors related to healthcare personnel, nonhealthcare personnel, facilities and equipment is similar to the study reported by Jiménez [56], who, in a conceptual review, stated that medical care is a complex process where the patient's interaction with the healthcare team, in addition to technology and infrastructure, plays a relevant role in achieving quality care and service efficiency. In this sense, it is important to highlight that the PPP model in healthcare has arisen due to noncompliance with the minimum quality standards by public healthcare centers, and therefore, PPPs represent an excellent mechanism by merging the advantages of the regulations of the public sector and the operations of the private sector. In this sense, PPPs offer healthcare services with good infrastructure, modern equipment, and trained healthcare personnel, and they promote a quality culture based on productivity and efficiency [57].

In Peru, EsSalud was the first institution to promote investment projects in the health sector through a PPP model that included white coat services, where the operator, in addition to promoting infrastructure and equipment, includes assistance and administrative services. This is a unique experience that exceeds what has been done so far in Latin America [58]. The model has shown improvements in the quality of services through obtaining certifications such as ISO 9001-2015 for central sterilization, hemodialysis services, and operation of the supply chain to the end consumer at the Alberto Leonardo Barton Thompson and Guillermo Kaelin de la Fuente hospitals, both in the region of Lima (Peru) [59].

Regarding efficiency, both hospitals have reduced waiting times, have implemented a “zero paper” management process, and have a “cost per insured user” that is less than other hospitals, showing user satisfaction indicators over 80% [60].

Another of the findings of this study shows that the “healthcare personnel” factor positively impacts loyalty, which is related to that which was previously mentioned regarding the white coat services operated by PPPs, where healthcare personnel (i.e., doctors, nurses, and technicians) and administrative staff (i.e., nonhealthcare personnel) are continuously selected and trained to provide preventive healthcare services and good quality. All of these factors have a positive impact on user satisfaction, improving their perception of the service and the intention of using it again. The association between efficiency and loyalty obtained in this study highlights that if an efficient service is provided, the patient's loyalty increases. However, to our knowledge, there are no studies in Latin America that have explained this relationship in the health sector; therefore, this is a pioneering study and contributes to closing the existing gap in the literature on the topic.

In our study, the design of a new loyalty construct incorporated indicators to determine if the patient would return to the hospital again, if the patient recommended the hospital to family and friends, and if the user would repeat the healthcare experience due to the effectiveness of the service received. We could not find a study in Latin America that included this construct of loyalty in the tools to measure the quality of healthcare services; thus, it would be relevant if it can be taken into account for future evaluations or research along these lines.

On the other hand, the adaptation of the SERVQUAL scale, called HEALTHQUAL, carried out in Spanish hospitals by Mirada et al. [44], involved a validation of the new construct and an evaluation of its reliability. However, there is no evidence in Peru of its validity being applied in public healthcare services or private hospitals. In this sense, this study is the first in Latin America to validate the use of the HEALTHQUAL scale to measure user satisfaction in PPP hospitals using the PLS structural equation modeling methodology. Instead, various studies on user satisfaction in healthcare services carried out in Latin America [61–63] have used other types of analysis, such as bivariate and multivariate analyses, the Student's *t*-test, and analysis of variance (ANOVA). These previous studies show various interpretations, where the overall user satisfaction is analyzed in a very general and ambiguous way, which does not allow one to establish proposals for solutions to problems with precision. Furthermore, some of these studies only sought to validate the instrument, while the present study validates both the theoretical model (i.e., the hypotheses) and the measurement instrument.

Finally, this research has some limitations. First, there may be a potential selection bias, because the sampling was nonprobabilistic; therefore, these findings cannot be generalized to the entire population. Second, the study has an information bias, due to the fact that it was not possible to evaluate other characteristics that really measure the level of satisfaction of external users, which can lead to imprecise estimates or a poor classification in interest groups. Finally, due to the cross-sectional design and the absence of temporality, it is not possible to attribute strong causality between the evaluated characteristics. Future research might consider a longitudinal design that at least contemplates information at two different moments in time.

5. Conclusions

In conclusion, our research showed that the HEALTHQUAL scale presents optimal psychometric properties related to content and construct validity, which suggests that it is a valid and applicable instrument to measure the level of user satisfaction at PPP hospitals. On the other hand, our research showed that the constructs healthcare personnel, nonhealthcare personnel, and facilities and equipment significantly impact perceived efficiency. However, only the characteristics dependent on healthcare personnel are associated with a user's loyalty to the healthcare services. The relationship between each of the components or variables of the quality of the healthcare service that affect patient satisfaction and the level of satisfaction of these with the healthcare centers in the PPP model were very high and positive in Peru.

Author Contributions: Conceptualization, F.B.-I., A.L.-M., and A.C.-M.; methodology, F.B.-I. and F.C.-G.; validation, F.B.-I. and F.V.-M.; formal analysis, F.B.-I., A.C.-M., F.V.-M., and F.C.-G.; investigation, F.B.-I., A.L.-M., and A.C.-M.; resources, F.B.-I., F.C.-G., and F.V.-M.; data curation, F.B.-I.; writing—original draft preparation, F.B.-I., A.L.-M., and F.V.-M.; writing—review and editing, F.B.-I., A.L.-M., A.C.-M., F.V.-M., and F.C.-G.; visualization, A.C.-M., F.V.-M., and F.C.-G.; supervision, F.B.-I. and A.L.-M.; project administration, F.B.-I. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

1. Forrellat-Barrios, M. Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. *Rev. Cuba. Hematol. Inmunol. Hemoter.* **2014**, *30*, 179–183. Available online: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214> (accessed on 10 July 2020).
2. Perera, R.; Dowell, T.; Crampton, P.; Kearns, R. Panning for gold: An evidence-based tool for assessment of performance indicators in primary health care. *Health Policy* **2007**, *80*, 314–327. [CrossRef] [PubMed]
3. Barreiro, L. Orientación al cliente. In *Estrategia Organizacional*; Editorial Félix Varela: La Habana, Cuba, 2010; Chapter 1; p. 544.
4. Díaz, Y. Procedimiento Para la Evaluación de la Calidad de Servicio Percibida por Los Clientes de Empresas Cubanas de Servicios. Validación a Las Instituciones Bancarias. Ph.D. Dissertation, Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Cuba, 2010.

5. Pérez, A. La Gestión del Sistema de Calidad Basado en Valores en los Servicios Hoteleros. Ph.D. Dissertation, Universidad de Camagüey, Camagüey, Cuba, 2013.
6. Ipinza Riveros, M. Calidad y Atención Integral de Salud: Dos conceptos inseparables. *Cuadernos Médico Sociales* **2007**, *47*, 5–17. Available online: <https://es.slideshare.net/alexmanolo/calidad-y-atencion-integral-de-salud> (accessed on 10 July 2020).
7. Rodríguez, A. Creando una cultura de la calidad hospitalaria. *Medwave* **2013**, *13*, e5810. [CrossRef]
8. Donabedian, A.; Gómez, O. *Garantía y Monitoría de la Calidad de Atención Médica: Un Texto Introductorio*; Instituto Nacional de Salud Pública: Cuernavaca, México, 1990.
9. Miranda, F.J.; Chamorro, A.; Murillo, L.R.; Vega, J. Primary health care services quality in Spain. *Int. J. Qual. Serv. Scienc.* **2012**, *4*, 387–398. [CrossRef]
10. Tsu-Ming, Y. Determining medical service improvement priority by integrating the refined Kano model, Quality function deployment and Fuzzy integrals. *Afr. J. Bus. Manag.* **2010**, *4*, 2534–2545. Available online: <http://www.academicjournals.org/AJBM> (accessed on 10 July 2020).
11. De Man, S.; Gemmel, P.; Vlerick, P. Patients' and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *Eur. J. Nucl. Med.* **2002**, *29*, 1109–1117. [CrossRef] [PubMed]
12. Freudenberg, L.S.; Beyer, T.; Bockisch, A. Improving perceptions of the quality of service in nuclear medicine. *Eur. J. Nucl. Med.* **2003**, *30*, 472. [CrossRef] [PubMed]
13. Linder-Pelz, S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc. Sci. Med.* **1982**, *16*, 577–582. [CrossRef]
14. Naidu, A. Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2009**, *22*, 366–381. [CrossRef]
15. Tucker, J.; Adams, S. Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: An integrative model of patients' evaluations of their care. *Manag. Serv. Qual. An Int. J.* **2001**, *11*, 272–287. [CrossRef]
16. Zeithaml, V.; Berry, L.; Parasuraman, A. The behavioral consequences of service quality. *J. Mark.* **1996**, *60*, 31–46. [CrossRef]
17. Zeithaml, V.A. Consumer perceptions of price, quality, and value: A means-end model and synthesis of evidence. *J. Mark.* **1988**, *52*, 2–22. Available online: <https://www.jstor.org/stable/1251446> (accessed on 10 July 2020). [CrossRef]
18. Zaiabaf, M.; Taherikia, F.; Fakharian, M. Effect of perceived service quality on customer satisfaction in hospitality industry: Gronroos' service quality model development. *J. Hosp. Mark. Manag.* **2013**, *22*, 409–504. [CrossRef]
19. Miranda-Veloso, C.; Paula-Montes, A. Validation of a measurement scale of service quality, image, customer satisfaction and loyalty in traditional trade. *Tour. Manag. Stud.* **2019**, *15*, 27–35. [CrossRef]
20. World Bank. *Best Practices in Public-Private Partnerships Financing in Latin America: The Role of Innovative Approach*; World Bank: Washington, DC, USA, 2012. Available online: <https://www.github.org/resources/publications/best-practices-in-public-private-partnerships-financing-in-latin-america-the-role-of-innovative-approaches-subsidies/> (accessed on 10 July 2020).
21. Banco Mundial. *Guía de Referencia de Asociaciones Público Privadas Versión 2.0*. Washington: Publicaciones del Banco Mundial; The World Bank Group: Washington, DC, USA, 2014. Available online: <https://consultations.worldbank.org/sites/default/files/materials/consultation-template/public-private-partnerships-reference-guideopenconsultationtemplate/materials/pppreferenceguidev02sp> (accessed on 10 July 2020).
22. OECD. *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*; OECD Publishing: Paris, France, 2008. [CrossRef]
23. Stemmer, E. *Contractual Structures and Risk allocation and Mitigation in the Context of Public Private Partnerships in the Health Sector*; World Bank: Washington, DC, USA, 2008. Available online: <http://documents.worldbank.org/curated/en/976241468339052434/Contractual-structures-and-risk-allocation-and-mitigation-in-the-context-of-public-private-partnerships-in-the-health-sector> (accessed on 10 July 2020).
24. Torres De Mastle, C.; Encinas, J.; Farquharson, E.; Yescombe, E.R. *How to Engage with the Private Sector in Public-Private Partnerships in Emerging Markets*; World Bank Group: Washington, DC, USA, 2011. Available online: <http://documents.worldbank.org/curated/en/995241468337913618/How-to-engage-with-the-private-sector-in-public-private-partnerships-in-emerging-markets> (accessed on 10 July 2020).

25. Rebollo, A. *La Experiencia Española en APPs: Hospitales, Infraestructura Social y Otros Equipamientos de uso Público y Municipal, PIAPPEM*; Banco Interamericano de Desarrollo (BID): Washington, DC, USA, 2009. Available online: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-experiencia-espanola-en-concesiones-y-APPs-Hospitales-infraestructura-social-y-otros-equipamientos-de-uso-público-y-municipal> (accessed on 10 July 2020).
26. Alonso, P.; Pinto, D.M.; Astorga, I.; Freddie, J. *Menos Cuentos, Más Evidencia. Asociaciones Público-Privadas en el Sector de la Salud en América Latina. Nota Técnica n° IDB-TN-882*; Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, DC, USA, 2015. Available online: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4254/Menos%20cuentos%2c%20más%20evidencia.%20Asociaciones%20público-privadas%20en%20la%20literatura%20científica.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (accessed on 10 July 2020).
27. Millan, G. *Asociaciones Público-Privadas Para el Desarrollo de Infraestructura y la Provisión de Servicios Públicos. Experiencia del Reino Unido*; Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, DC, USA, 2009. Available online: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Asociaciones-público---privadas-para-el-desarrollo-de-infraestructura-y-la-provisión-de-servicios-públicos-Experiencia-del-Reino- Unido> (accessed on 10 July 2020).
28. Quid, R.M.; Scherrer, W. Public Private Partnership in the European Union: Experiences in the UK, Germany and Austria. *Uprava, Letnik VI*, 2008. Available online: <https://www.napier.ac.uk/~{}media/worktribe/output-234356/scherrer> (accessed on 10 July 2020).
29. Lee, D. HEALTHQUAL: A multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Serv. Bus.* **2017**, *11*, 491–516. [CrossRef]
30. Lam, S.K. SERVQUAL: A tool for measuring patient’s opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Qual. Manag.* **2001**, *8*, 145–152. [CrossRef]
31. Sofaer, S.; Firminger, K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu. Rev. Public Health* **2005**, *26*, 513–559. Available online: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958> (accessed on 10 July 2020). [CrossRef]
32. Crow, R.; Gage, H.; Hampson, S.; Hart, J.; Kimber, A.; Storey, L. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol. Assess.* **2002**, *6*, 1–244. [CrossRef]
33. Myers, B. *A Guide to Medical Care Administration: Concepts and Principles*; American Public Health Association: Washington, DC, USA, 1969.
34. Donabedian, A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*; Health Administration Press: Chicago, IL, USA, 1980.
35. Vuori, H. *Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methodology*; Regional Office for Europe, World Health Organization: Copenhagen, Denmark, 1982. Available online: <https://trove.nla.gov.au/version/26291550> (accessed on 10 July 2020).
36. Bowers, M.; Swan, J.; Koehler, W. What attributes determine quality and satisfaction with healthcare delivery? *Healthc. Manag. Rev.* **1994**, *19*, 49–55. [CrossRef]
37. Lee, D.; Kim, K.K. Assessing healthcare service quality: A comparative study of patient treatment types. *Intern. J. Qual. Innovat.* **2017**, *3*, 1–15. Available online: <http://hdl.handle.net/10419/176484> (accessed on 10 July 2020). [CrossRef]
38. Messarina, P. Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo. *UCV Sci.* **2016**, *8*, 119–123. Available online: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-SCIENCIA/article/view/1030/806> (accessed on 10 July 2020).
39. Vega, E.N.M. *La Gestión Administrativa y Calidad del Servicio en el Personal de la Comunidad Local de Administración de Salud (CLAS) Aguamiro—Yurimaguas—2017*. Master’s Tesis, Universidad César Vallejo, Trujillo, Peru, 2017. Available online: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12765/montoya_ve.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed on 10 July 2020).
40. González, S.C. *Manual de Mantenimiento de los Servicios de Salud: Instalaciones y Bienes de equipo*; Serie HSP-UNI Manuales Operativos Paltex; Organización Mundial de la salud Organización Panamericana de la Salud: Washington, DC, USA, 1996; Volume II. Available online: <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17391es/s17391es> (accessed on 10 July 2020).

41. García-Cornejo, B. Análisis de eficiencia del sector hospitalario: Una revisión de métodos. *Cuadernos de Estudios Empresariales* **1997**, *7*, 151–176. Available online: https://www.researchgate.net/publication/27581587_Analisis_de_eficiencia_del_sector_hospitalario_una_revision_de_metodos (accessed on 10 July 2020).
42. Puig-Junoy, J.; Dalmau, E. *Qué Sabemos Acerca de la Eficiencia de las Organizaciones Sanitarias en España*; Una revisión de la literatura económica; XX Jornadas de Economía de la Salud Asociación de Economía de la Salud (AES): Barcelona, Spain, 2000. Available online: <https://jaumeputjunoy.cat/wp-content/uploads/2017/11/AesXX> (accessed on 10 July 2020).
43. Mittal, V.; Kamakura, W.A. Satisfaction, repurchase intent, and repurchase behavior: Investigating the moderating effect of customer characteristics. *J. Mark. Res.* **2001**, *38*, 131–142. Available online: <http://www.jstor.org/stable/1558577> (accessed on 10 July 2020). [CrossRef]
44. Miranda, F.J.; Chamorro, A.; Murillo, L.R.; Vega, J. Assessing primary healthcare services quality in Spain: Managers vs. patients' perceptions. *Serv. Ind. J.* **2010**, *30*, 2137–2149. [CrossRef]
45. Chahal, H.; Kumari, N. Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. *J. Indian Bus. Res.* **2010**, *2*, 230–255. [CrossRef]
46. Kondasani, R.K.R.; Panda, R.K. Customer perceived service quality, satisfaction and loyalty in Indian private healthcare. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2005**, *28*, 452–467. [CrossRef]
47. Lee, S.M.; Lee, D.; Kang, C.Y. The impact of high-performance work systems in the health-care industry: Employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. *Serv. Ind. J.* **2012**, *32*, 17–36. [CrossRef]
48. Salanova, M.; Agut, S.; Peiró, J.M. Linking organizational resources and work engagement to employee performance and customer loyalty: The mediation of service climate. *J. Appl. Psychol.* **2005**, *90*, 1217–1227. [CrossRef]
49. Wold, H. Partial least squares. In *Encyclopedia of Statistical Sciences*; Kotz, S., Johnson, N.L., Eds.; Wiley: Hoboken, NJ, USA, 1985; Volume 6, pp. 581–591.
50. Hu, L.T.; Bentler, P.M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under parameterized model misspecification. *Psychol. Methods* **1998**, *3*, 424–453. [CrossRef]
51. Carmines, E.G.; Zeller, R.A. *Reliability and Validity Assessment*. N. 07-017, Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences; Sage: Beverly Hills, CA, USA, 1979. Available online: <https://assets.thalia.media/doc/5d/fc/5dfc98a3-7c74-4fa7-a5b5-2133b883553a> (accessed on 10 July 2020).
52. Henseler, J.; Hubona, G.; Ray, P. Using PLS path modeling in new technology research: Updated guidelines. *Ind. Manag. Data Syst.* **2016**, *116*, 2–20. [CrossRef]
53. Henseler, J.; Ringle, C.M.; Sarstedt, M. A new criterion for assessing discriminant validity in Variance-based structural equation modeling. *J. Acad. Mark. Sci.* **2015**, *43*, 115–135. [CrossRef]
54. Fornell, C.; Larcker, D.F. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J. Mark. Res.* **1981**, *18*, 39–50. [CrossRef]
55. Hair, F., Jr.; Sarstedt, M.; Hopkins, L.; Kuppelwieser, G.V. Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM): An emerging tool in business research. *Eur. Bus. Rev.* **2014**, *26*, 106–121. [CrossRef]
56. Jiménez-Paneque, R.E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev. Cuba. Salud Pública* **2004**, *30*, 1. Available online: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004 (accessed on 10 July 2020).
57. Alborta, G.; Stevenson, C.; Triana, S. Asociaciones Público-privadas Para la Prestación de Servicios. In *Una Visión Hacia el Futuro. Documento de Discusión # IDB-DP-195*; Banco Interamericano de Desarrollo: Washington, DC, USA, 2011. Available online: <http://www.ampres.com.mx/assets/idbdp195-asociaciones-publico-privada-s-para-la-prestacion-de-servicios> (accessed on 10 July 2020).
58. Bravo-Orellana, S. Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Círculo Derecho Administrativo* **2013**, *13*, 123–140. Available online: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/view/13472/14099> (accessed on 10 July 2020).
59. Redacción, G. IBT Health recibe la certificación de calidad ISO 9001-2015 en tres servicios. *Diario Gestión*, 7 August 2017. Available online: <https://gestion.pe/economia/empresas/ibt-health-recibe-certificacion-calidad-iso-9001-2015-tres-servicios-141094-noticia/> (accessed on 10 July 2020).

60. Rodríguez-Abad, J. Asociaciones público-privadas (APP): ¿Cómo pueden mejorar la calidad de los servicios de salud? *Conexión ESAN*, 2 November 2018. Available online: <https://www.esan.edu.pe/conexion/actualidad/2018/11/02/asociaciones-publico-privadas-app-como-pueden-mejorar-la-calidad-de-los-servicios-de-salud/> (accessed on 10 July 2020).
61. Seclén, J.; Darras, C. Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *Anales de la Facultad de Medicina* **2005**, *66*, 127–141. Available online: https://pdfs.semanticscholar.org/4aad/5ce750343536c59ae9bf1a3fef119b89c286.pdf?_ga=2.72550355.150962373.1582721298-1919672084.1505835431 (accessed on 10 July 2020). [CrossRef]
62. Sifuentes, A. Uso Exploratorio del SERVQUAL en la Evaluación de la Calidad del Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Master's Tesis, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú, 2000. Available online: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/7700/Calidad_QuirozOrtiz_Fabiola.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed on 10 July 2020).
63. Cabello, E.; Chirinos, J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev. Med. Hered.* **2012**, *23*, 88–95. Available online: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n2/v23n2ao2> (accessed on 10 July 2020). [CrossRef]



© 2020 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).



Article

Quality Evaluation of Health Services Using the Kano Model in Two Hospitals in Peru

Fernando Barrios-Ipenza ^{1,*}, Arturo Calvo-Mora ², Fernando Criado-García ² and Walter H. Curioso ^{1,3,*}

¹ Escuela de Posgrado, Universidad Continental, Lima 15046, Peru

² Departamento de Administración de Empresas y Marketing, Universidad de Sevilla, 41018 Sevilla, Spain; schmidt@us.es (A.C.-M.); fcriado@us.es (F.C.-G.)

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Continental, Lima 15046, Peru

* Correspondence: fbarrios@continental.edu.pe (F.B.-I.); wcurioso@continental.edu.pe (W.H.C.); Tel.: +5-1213-2760 (F.B.-I.)

Abstract: Public–private partnerships (PPP) represent an alternative model of health management focused on improving the quality of health services, particularly in emerging countries. To date, a systematic method to improve the perceived quality of health services by healthcare users in Peru has not been established. The purpose of this study was to evaluate the quality of health services in two PPP hospitals in Peru using the Kano model. A prospective cross-sectional descriptive observational study was carried out through a health service satisfaction survey using the Kano model methodology, measuring six categories of attributes. A total of 250 users of the health services were surveyed in the two PPP hospitals, located in Lima and Callao, using non-probability convenience sampling. Of the 31 attributes evaluated by the patients, 27 (81%) were classified as having a one-dimensional-type attribute, 3 (10%) were reported as mandatory, and 1 (3%) was considered as inverse. These results suggest that the presence of most of the attributes evaluated was relevant to maintaining the level of user satisfaction and that the absence of these attributes generated dissatisfaction in the users. The results showed that the users' evaluation of health services was multidimensional—namely, their evaluation was focused not only on the interaction space between the patient and medical personnel but also addressed other interaction services.

Keywords: health services; Kano model; public–private sector partnerships; patient satisfaction; healthcare quality assessment; Peru

Citation: Barrios-Ipenza, F.; Calvo-Mora, A.; Criado-García, F.; Curioso, W.H. Quality Evaluation of Health Services Using the Kano Model in Two Hospitals in Peru. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 6159. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116159>

Academic Editors: Isabelle Gaboury and Emidia Vagnoni

Received: 12 February 2021

Accepted: 31 May 2021

Published: 7 June 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

The quality of health services is a fundamental determinant of economic growth and development. A poor healthcare system has effects on society at the political, economic, cultural, and social levels [1]. Poor quality of health services has a direct impact on the quality of life of users, as well as on the costs of care and patient dissatisfaction [2]. On top of this, the pandemic of COVID-19 has ushered an urgent transformation of health systems and the health care quality at the global level.

Therefore, improving the quality of patient care is one of the main challenges in the health sector. Satisfied patients are more actively involved in monitoring their healthcare outcomes, completing treatments, and reducing their hospital readmissions, thus avoiding the associated costs [3,4].

From the literature on health service management models, Public–Private Partnerships (PPP) have become popular worldwide as a way of improving healthcare service delivery and are typically associated with project financing. The PPP model is based on contracts by which a public entity delegates responsibility to a private entity to manage certain health services, for which they are responsible for a specific period of time and with predetermined performance indicators [5]. In addition, PPP management

models have an important component of accountability. In these management models, it is well established the responsibilities of each of the parties involved [6–8].

Healthcare PPPs have the potential to generate several benefits, including (i) better investment decisions, (ii) more efficient infrastructure delivery, and (iii) higher quality health services. However, PPPs are also associated with additional transaction and financing costs and may give rise to affordability challenges [7]. This model is especially suitable for emerging countries [9,10].

However, not all PPP projects will face the same set of risks. In the healthcare industry, there are risks related to demand and technology changes, as well as changing patterns in medical care [11]. With the variety of inherent risks coupled with significant relationship to the unitary charge [12], efficient risk management is, therefore, considered as challenging and demanding. However, there is evidence that the establishment of specific PPP risk management model is still low [12].

The methodologies for evaluating patient satisfaction have become a research topic in health management over recent decades. The satisfaction related to the quality of health services was initially based on the traditional one-dimensional approach, which focused only on the service received [13]. The quality assurance seminal work of Avedis Donadebian [14] identified the relevance of patient satisfaction to ensure the quality of the health services, followed by the extensive use of satisfaction evaluation focused on the interaction between the patient and the health service [15,16].

Currently, the trend of satisfaction evaluation based on a comprehensive model focuses on assessing the various components surrounding the interaction between the patient and the health service [17,18]. One of these comprehensive models is the Kano model. This model assesses the quality of care by identifying the characteristics or attributes of a service that have a high impact on patient satisfaction [19].

This change in focus is related to the evolution of the definition of quality in healthcare itself, which was initially understood as the extent to which health services for individuals and populations increases the probability of desired health outcomes, consistent with professional knowledge [20]. However, this definition does not consider the perceptions of the quality of healthcare, such as if the treatment or the information received was adequate [21].

A need to adapt the Kano model to the healthcare field arises from the lack of a systematic method to improve the quality of health services [22]. Although the Kano model was originally used to raise the quality of a product developed in the manufacturing field [23], it has also been applied in different industries and services [24], including health services [22,25–27] and other sectors, such as tourism [28], education [29], and banking [30].

The adaptation of this methodology represents a special challenge due to the characteristics of a health service itself, which includes intensive contact with users and the sense of timeliness of care. The use of the two-dimensional Kano model has been effective in the healthcare field because it not only indicates the quality expectations that the patient has but also allows understanding the differences in these expectations considering the characteristics of these patients [31]. In this service model, the perception of users or patients is more important than ever [32].

Only when users are adequately attended, taking into account their own perspectives of the service and associated products, can they improve and show the effectiveness of the health service used [33].

In addition, the Kano model represents a valuable opportunity to evaluate the characteristics regarding healthcare service quality improvement under the PPP model, in a comprehensive way [5,8]. Taking the above in consideration, the Kano model is presented in this paper as an alternative evaluation approach, based on the user's perspective, and because the PPP model considers several elements, integrated to the delivery of healthcare services [22].

This study is complementary to previous research by the current authors [34], where a multidimensional scale called the HEALTHQUAL [35] was used to evaluate the quality of health services and its characteristics from the patient's point of view. This study was conducted in two hospitals located in different geographic areas, namely, Lima and Callao in Peru. Both of our studies, [34] and the present, were carried out in the same hospitals (i.e., Barton and Kaelin), but with different samples of users.

The objectives of this study were: (1) to evaluate the quality of health services via a multidimensional approach using the Kano model methodology in the two PPP hospitals in Peru; (2) to identify and classify the attributes that define the quality of health services based on the degree of service fulfillment and the degree of customer satisfaction (i.e., must-be, one-dimensional, attractive, indifferent, and reverse); (3) to use the above classification to guide improvement actions in hospital management.

To pursue these objectives, the following sections are proposed in the article: In Section 2 the theoretical model referring to the Kano model is presented; Section 3 describes the materials and methodology that were used within the framework, according to the research objectives; the results are presented in Section 4 from the questionnaires carried out in two Peruvian hospitals; Section 5 presents the discussion of the results taking into account the objectives previously defined in Section 1, and Section 6 describes the main conclusions of the study.

2. Theoretical Model

Quality and excellence in service are closely related concepts, which both start from the premise of satisfying customer needs. These are two subjective terms because they depend on the perceptions and attitudes of clients regarding the services offered [36]. However, quality and excellence are not synonymous. Quality seeks to satisfy the needs of the client, while excellence goes further, attempting to generate emotions and feelings in the client [37].

As per the 2015 CEN/TS 16880 standard [38], service excellence represents the capabilities of an organization to consistently deliver exceptional customer experiences. In this sense, Asif [39] distinguished two key elements in the conceptualization of service excellence. On the one hand, the basis of the conventional concept of excellence in service is customer delight, and on the other is the need for a systematic approach to its implementation.

According to Schneider and Bowen [40], delight consists of generating emotions of pleasure and amazement in the customer that positively influence their behavior, increasing the possibility of a new purchase and promoting their loyalty. For Berman [41], the difference between customer satisfaction and delight can be understood in terms of the results of the service experience (negative or positive) and the presence of expectations (with or without prior expectations). Thus, the client will be satisfied when the result is positive in relation to their expectations. On the contrary, a customer will be dissatisfied when their expectations have not been met. However, when the client does not have a prior expectation and feels that the result of the experience is positive, delight will be achieved; otherwise, the customer will be outraged with the service.

Finally, Berman [41] indicated that customer expectations are determined by their previous experiences at the same level of service, which can lead to satisfaction simply occurring after several experiences. For this reason, excellent organizations have to strive to offer services that surprise the customer by going beyond their expectations to result in their delight.

Different approaches have addressed the problem of service excellence in the specialized literature, the most prominent of which are the Johnston model [42,43], the SERV*OR model [44], the business excellence model [45,46], and the Kano model [23].

The Johnston model challenges the traditional belief that the core of excellent service lies in exceeding customers' expectations and delighting them. Specifically, it considers

that exceeding customers' expectations is not always feasible, as this generates an excessive use of resources and makes the service more expensive [42].

The model identifies a series of key elements in service excellence [43]:

- (1) Delivering a promise: This is the central element of the model and is what makes it different to the traditional concepts of excellence in service. The organization is trustworthy, as it does what it says and does not disappoint the customer.
- (2) Providing a personal touch: This makes the client feel privileged, since the organization cares about the client and offers a personalized service.
- (3) Going the extra mile: This consists of dedicating extra effort, that is, going further and trying to anticipate the clients' needs.
- (4) Dealing well with problems and queries: The organization's ability to react to a failed service is an important element for customers.

As can be seen, the Johnston model holds that organizations must act in a way that delivers what they promise, providing a personal touch (active approach), and, in the event of difficulties, adopts the appropriate measures to solve them (reactive approach) [40]. Among the limitations is the absence of a systematic approach in which structures and behaviors are established to ensure consistency in the provision of excellent services [31].

The SERV*OR model considers service orientation as a determining factor for the creation of value for the customer. Service orientation consists of the adoption of a set of policies, practices, procedures, and routines that support the behaviors that lead to achieving excellence in service [44]:

- (1) Service leadership: The existence of a service leader who is in charge of motivating and helping to meet the needs of employees in their work environment is key. It is necessary to communicate a vision of service, that is, an attitude of offering quality service.
- (2) Service encounters: These are the employee's interactions with customers in the so-called "moments of truth". Thus, how customers are treated has a direct impact on their perception of the service provided and their satisfaction. Therefore, the organization must carry out practices that create positive customer perceptions of service performance. It is also necessary to give employees the power to make decisions in this area (empowerment). In this way, staff members feel more responsible, are more motivated, and are more productive, so they respond quicker to complaints or problems that the client raises.
- (3) Service systems: It is necessary to develop an integrated system of practices and procedures to achieve the provision of a quality service. This system must include practices for preventing and recovering from service failures and for communication with the customer.
- (4) Human resources management: The organization must develop training measures, as the training and reward of workers are related to improvements in the provision of customer service.

For Asif [39], the most significant contribution of this model was the description of the structures that provides a systematic approach to learning and continuous improvement in service provision. However, this does not address the key aspects of service excellence, such as customer delight.

At the end of the 1980s, Business Excellence Models (BEMs) were developed. The most widespread BEMs are the Model of the European Foundation for Quality Management (EFQM) [45] and the Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) [47]. The fundamental premise of these models is that excellent results, with respect to clients and other stakeholders, are achieved through management centered on leadership, strategy, people, resources, and cooperation, as well as through having a focus on processes. In addition, BEMs are oriented toward continuous improvement, indicating that activities, such as innovation, learning, or creativity, promote and enhance the impact that management has on the results of the organization [48]. However, as Asif and

Gouthier [46] indicated, BEMs are generic in nature and do not address the central elements of service excellence. They are non-prescriptive frameworks and do not provide specific guidance for their implementation at the operational level.

Health services have unique characteristics compared to other types of services. Service quality in the health sector is more important compared to that of other sectors because high-quality health services have a significant impact on health and well-being of individuals [49]. When we refer to health services, we focus on addressing and solving the physical, psychological, and social needs that people have. Therefore, it is necessary to resort to evaluation tools that collect this multidimensionality of needs [50].

Moreover, in the healthcare sector, the implementation of quality management strategies represents a critical factor for achieving excellence in health-related organizations [2,3,34].

The Kano model [23] is the framework that best adjusts to the objectives of this study, due to the limitations that the previous models present when identifying and classifying the attributes that define satisfaction, dissatisfaction, and customer delight. Likewise, due to the dimensions addressed by the Kano model, it bears a strong relationship with the intrinsic characteristics of the PPP health service management models [9]

In this way, the Kano model assumes that it is possible that the factors that influence satisfaction present a non-linear behavior; that the factors that produce satisfaction are not the same as those that produce dissatisfaction; and that there may be factors, not expected by the customer, that increase customer satisfaction more than proportionally (e.g., attributes of delight).

Traditionally, user satisfaction is measured in a one-dimensional way [51], that is, the level of satisfaction of a user is considered proportional only to the performance of the service offered [52]. However, this linear relationship between the variables of satisfaction and quality of service is imprecise [25]. To overcome this one-dimensional limitation, the Kano model provides a dualistic approach.

The Kano model classifies the quality attributes based on the degree of service compliance (horizontal axis) and the degree of customer satisfaction (vertical axis) and divides the quality attributes of products or services into five categories: (1) The mandatory or “must-be” (M), (2) attractive (A), (3) one-dimensional (O), (4) reverse (R), and (5) indifferent (I). The definition of each of the characteristics is as follows:

- Mandatory or “must-be” (M): This characteristic is a basic requirement, so its absence leads to extreme customer dissatisfaction. The customer takes this requirement for granted; therefore, its fulfillment does not increase their level of satisfaction. Compliance with this requirement leads to a status of “satisfied”.
- One-dimensional (O): This characteristic is a linear-type requirement; when it is met, customer satisfaction increases, but when it is not met, the level of customer satisfaction decreases, that is, their dissatisfaction increases. This characteristic is what customers expect from the proposed service; it is a performance requirement that is typically demanded by customers.
- Attractive (A): This feature has the greatest impact on the level of customer satisfaction. The client may not express or expect this feature explicitly; however, its presence increases satisfaction more than proportionally. Moreover, if not met, satisfaction does not diminish. Consequently, attractive requirements make it possible to differentiate the product/service from the competition. This feature comprises the attributes related to customer delight.
- Indifferent (I): This characteristic presents a requirement of no preference, which implies that the customer is indifferent to the characteristic.
- Reverse (R): This characteristic is one that creates customer satisfaction when absent and dissatisfaction when it occurs.

The Kano model, as suggested by Jin et al. [53], is presented in Figure 1.

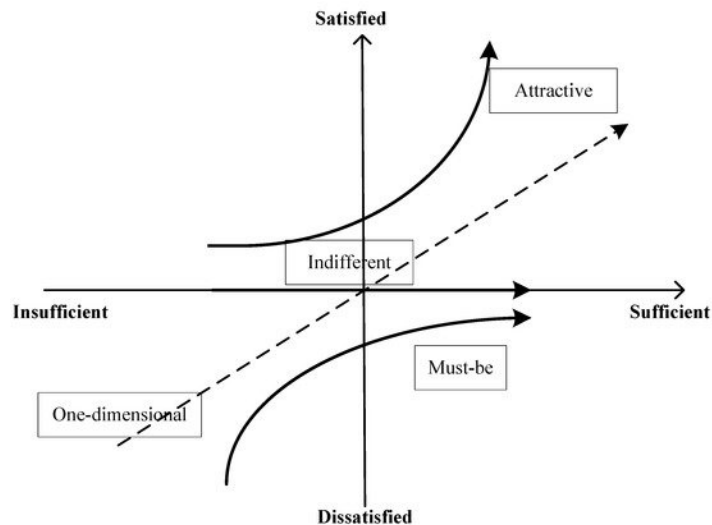


Figure 1. The Kano model [23], as suggested by Jin et al. [53].

3. Materials and Methods

3.1. Participants

A prospective cross-sectional descriptive observational study was carried out through a health service satisfaction survey using the Kano model methodology. A non-probabilistic sampling was carried out to select a sample of 250 users who attended outpatient services in the two PPP hospitals in Lima and Callao. Both hospitals include primary healthcare services and are located nearby, and both have been operating for 11 years and are part of the Social Security system. Users were purposively selected from the outpatient services by the interviewers. Both hospitals serve more than 250,000 patients annually. The information was collected in January 2019. A total of 128 users were evaluated at the Guillermo Kaelin de la Fuente Hospital (Lima) and 122 users at the Alberto Barton Thompson Hospital (Callao).

The process of disseminating this questionnaire was based on face-to-face interviews. For this, those in charge of collecting information approached the users once the users had finished with their health service in the selected hospitals. Previously, we asked permission from the PPP managers at both hospitals for the application of the questionnaires.

The study was conducted in agreement with the Declaration of Helsinki. The researchers only had access to anonymized data. Since the study used only secondary data retrieved, no ethics approval was obtained. Conventions of good scientific practice, data protection and information security have been applied in analyzing the data and presenting the results in the following sections.

3.2. Instrument

For the construction of the instrument, we adapted the dimensions and attributes of our previous work [34] that used the multidimensional HEALTHQUAL scale, which measures the quality of health services and assesses the characteristics from a patient's perspective. Thus, the dimensions and attributes evaluated were: (1) health personnel; (2) non-health personnel; (3) installations, equipment, and tangible elements; (4) efficiency. The HEALTHQUAL scale has been validated previously in various contexts to assess the quality of health services [2,34,35].

For the identification of the attributes that define a service and their classification, the Kano model uses a structured questionnaire that contains two types of questions for each attribute. On the one hand, there are functional questions, which ask how the customer feels if the attribute is present in the service; on the other, there are dysfunctional questions, which ask how the client feels when the attribute is not present in the service [23,54].

The Kano model uses pairs of functional and dysfunctional questions for each service attribute; the functional attribute examines whether there is a present or adequate level of quality, while the dysfunctional attribute assumes that the quality is inadequate or insufficient. The alternative responses of the instrument questions were presented on a five-point Likert scale [23]. The alternative responses were: (1) I like it, (2) I hope it is so, (3) I am neutral, (4) I can accept it being that way, (5) I dislike it that way. In addition, the instrument included questions pertaining to sex, age, and frequency of use of health services.

A total of 65 questions were included in the questionnaire. Three of these questions correspond to demographic questions such as sex, age and the hospital where they were treated; the remaining 62 questions are related to Kano model shown in Table 1.

Table 1. Description of the dimensions and attributes evaluated in this study.

Dimension	Service Attribute
Health personnel	1. Level of professionalism
	2. Kindness and courtesy of health personnel
	3. Confidence in health personnel
	4. Personalized service
	5. Communication
	6. Individualized care provided by healthcare personnel
	7. Interest in attending to the patient's problem
	8. Interest in understanding the problems of the patient
	9. Prestige of healthcare personnel
	10. Detailed explanation of the diagnosis and treatment
Non-health personnel	11. Level of professionalism
	12. Kindness and courtesy
	13. Individualized care toward the problems of the patient
	14. Interest in attending to the patient's problems
Facilities, equipment, and tangibles	15. Cleanliness
	16. Equipment
	17. Accessibility
	18. Appearance and presence of healthcare personnel
	19. Appearance and presence of non-healthcare personnel
	20. Clear signage for each department in the hospital
Efficiency	21. Arranging a medical appointment
	22. Level of bureaucracy
	23. Waiting time in the healthcare center
	24. Computerized service
	25. Ancillary testing
	26. Resolution of complaints
	27. Time spent on the care of patients
	28. Hours of the healthcare center
	29. Medical expense
	30. Improvement in the medical condition
	31. Side effects when taking medicines

3.3. Methods and Data Analysis

The user perceptions were classified into six categories. In this study, in addition to the five original categories of the Kano model [23], one more linked to the attribute, called

questionable (Q), was incorporated, which suggests that it is not clear whether the quality is the one expected by the user, and was originally reported by other authors in Greece and Indonesia [55,56]. From the information reported, the responses of the interviewees were classified as (Table 2): Must-be attributes (M), one-dimensional attributes (O), attractive attributes (A), indifferent attributes (I), questionable attributes (Q), and reverse attributes (R); this table presents the process for identifying attributes based on the questions and the type of response provided by the participants.

Based on previous studies about the Kano model methodology, we carried out a descriptive univariate analysis. Therefore, the coefficients of satisfaction (CS) and dissatisfaction (DS) were calculated using the methodology proposed by Berger, Blauth and Boger [57], which are widely used in the health-related Kano model literature [22,25,55]. These coefficients can be used to find the average impact of a requirement on customer satisfaction. To calculate the average impact on customer satisfaction, the attributes one-dimensional and attractive were added and divided by the total sum of the attributes attractive, must-be, one-dimensional, and indifferent. To calculate the impact of dissatisfaction, it was necessary to add the must-be and one-dimensional columns and to divide it by the same factor as in the case of satisfaction (Table 2).

These coefficients have a maximum value of CS = 1 and DS = -1. Thus, CS indicates how much the customer satisfaction increases if provided an “attractive” or “one-dimensional” type of attribute (if better than that of the competition, the score increases by this coefficient). On the contrary, DS indicates how much customer satisfaction decreases if the attribute is not provided, in this case, “mandatory” or “one-dimensional” (if worse than the competition, the score decreases in this coefficient).

Table 2. Calculation of the degree of satisfaction and dissatisfaction using the Kano model.

Features	Calculation
Degree of satisfaction (CS)	Attractive + one-dimensional
	Attractive + one-dimensional + mandatory + indifferent
Degree of dissatisfaction (DS)	Mandatory + one-dimensional
	Attractive + one-dimensional + mandatory + indifferent

Kano Questionnaire Reliability

The item analysis was performed to evaluate the internal reliability of the Kano questionnaire. Cronbach’s alpha is a measure of the internal consistency of an instrument (i.e., questionnaire) and expressed as a number between 0 and 1. A Cronbach’s alpha value of 0.7 is generally considered to be an acceptable reliability coefficient, as Materla et. al. previously stated [25]. Based on the above criteria, our Kano questionnaire showed an acceptable internal consistency with a Standardized Cronbach’s alpha value of 0.75.

4. Results

Considering the demographic characteristics of the participants (Table 3), the highest percentage of participants is related to 35 to 54 years old (40%). Regarding gender, the percentage of women is 51% (128). When it comes to hospital facility, 51% of respondents (128) were from Barton Thompson.

The results were analyzed by the dimensions of the HEALTHQUAL scale considering the classification obtained for the attribute, as well as the level of satisfaction and dissatisfaction reported.

Table 3. Descriptive analysis regarding demographic characteristics of the sample.

Variables	n	%	
Age	18–34	67	27%
	35–54	101	40%

	55–74	60	24%
	75+	22	9%
Gender	Male	122	49%
	Female	128	51%
Hospital	Barton Thomson	128	51%
	Guillermo Kaelin	122	49%

4.1. Health Personnel (PS)

For this dimension, the results of the evaluated attributes were one-dimensional. This indicates that satisfaction occurs when they are fulfilled and dissatisfaction when they are not fulfilled.

These positive characteristics are related to customer satisfaction—that is, the more the characteristics are met, the higher the degree of customer satisfaction, and vice versa. For example, the more personalized the service offered by health personnel, the more satisfied the user is. They represent performance needs (one-dimensional quality).

Regarding the degree of satisfaction or dissatisfaction, we observed that for all of the functional questions related to health personnel, they were linked to a higher level of dissatisfaction rather than satisfaction with the presence of said characteristic. For example, the question about the friendliness and courtesy of health personnel presented a DS coefficient of -0.94 , which led to proportionally greater dissatisfaction in the absence of these characteristics in relation to service satisfaction, compared with a CS of 0.69 that proportionally increased the satisfaction with the service to a lesser extent when these characteristics (kindness and courtesy) were present.

Table 4 presents the classification for each one of the functional questions corresponding to the health personnel dimension, as well as the scores for the degree of satisfaction and dissatisfaction for each of the elements.

Table 4. Results corresponding to the health personnel dimension.

Question	Attributes	Quality Levels ¹						Classif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
1	How do you feel about the level of professionalism of the healthcare personnel?	24	0	21	0	85	120	O	0.58	-0.82
2	If the healthcare staff are kind and courteous, how do you feel?	12	0	4	0	74	160	O	0.69	-0.94
3	If the healthcare staff are confident, how do you feel?	2	0	8	0	99	141	O	0.57	-0.96
4	If the health personnel provide a personalized service, how do you feel?	10	1	9	0	98	132	O	0.57	-0.92
5	How do you feel if the communication with the healthcare personnel is good?	7	0	3	0	78	162	O	0.68	-0.96
6	How do you feel if the individualized care of the healthcare personnel is good?	4	0	2	0	70	174	O	0.71	-0.98
7	How do you feel if the healthcare personnel show interest in solving your problems?	4	1	2	0	91	152	O	0.63	-0.98

8	How do you feel if the health staff show interest in understanding your problems?	8	0	4	1	89	148	O	0.63	-0.95
9	If the medical staff are prestigious, how do you feel?	17	0	10	2	94	127	O	0.58	-0.89
10	If doctors explain in detail the diagnoses and treatment of a disease, how do you feel?	5	0	3	2	72	168	O	0.70	-0.97

¹ A = Attractive, I = Indifferent, M = Must-be, O = One dimensional, Q = Questionable, and R = Reverse. ² Degree of satisfaction (CS). ³ Degree of dissatisfaction (DS).

Although the functional questions were associated with one-dimensionality, some of the characteristics of this domain (i.e., professionalism, kindness and courtesy, trust, personalized service, and prestigious staff) were found to be near the mandatory section (Figure 2).

4.2. Non-Health Personnel (PNS)

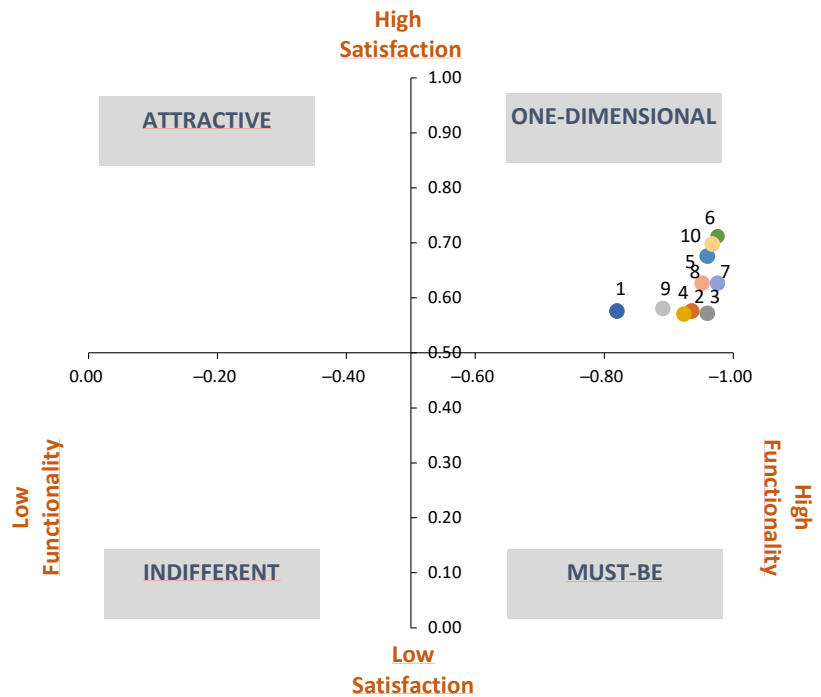
As per the previous dimension, the functional questions corresponding to the non-health personnel dimension were one-dimensional. Table 5 presents the results at the classification level of the functional questions, as well as the levels of satisfaction and dissatisfaction reported.

In relation to these last two indicators, the same trend was observed as in the health personnel, that is, the existence of these characteristics evaluated in the functional questions did not generate such a high level of satisfaction compared to the dissatisfaction that users experienced in the cases where such qualities did not exist. In the three functional questions, the score obtained was -0.97.

Table 5. Results corresponding to the non-healthcare personnel dimension.

Question	Attributes	Quality Levels ¹						Classif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
11	If non-healthcare personnel act professionally, how do you feel?	1	0	6	1	98	144	O	0.58	-0.97
12	If non-healthcare staff are kind and courteous, how do you feel?	5	0	2	1	75	167	O	0.69	-0.97
13	How do you feel if non-healthcare personnel attend to your problems?	3	0	5	2	88	152	O	0.63	-0.97
14	How do you feel if non-healthcare personnel show interest in solving your problems?	8	0	0	1	86	155	O	0.65	-0.97

¹ A = Attractive, I = Indifferent, M = Must-be, O = One dimensional, Q = Questionable, and R = Reverse. ² Degree of satisfaction (CS). ³ Degree of dissatisfaction (DS).



- 1 Level of professionalism
- 2 Kindness and courtesy of health personnel
- 3 Confidence in health personnel
- 4 Personalized service
- 5 Communication
- 6 Individualized care provided by healthcare personnel
- 7 Interest in attending to the patient’s problem
- 8 Interest in understanding the problems of the patient
- 9 Prestige of healthcare personnel
- 10 Detailed explanation of the diagnosis and treatment

Figure 2. Classification of the attributes of the health personnel dimension.

Figure 3 shows that the attributes “professionalism” and “kindness and courtesy” were close to the mandatory quadrant.

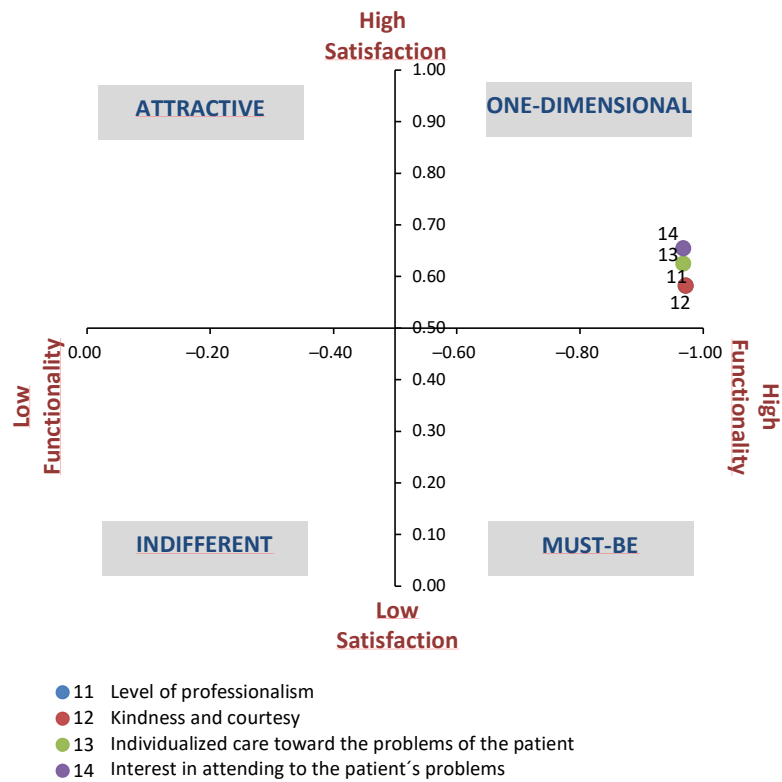


Figure 3. Classification of the attributes of the non-healthcare personnel dimension.

4.3. Facilities, Equipment, and Tangibles (IETT)

The classification of the attributes referring to the facilities, equipment, and tangibles (Table 6) indicates that these were considered one-dimensional. Regarding the degree of satisfaction and dissatisfaction, we observed that, as in the other dimensions, the dissatisfaction indicator, in absolute terms, was higher compared to the satisfaction indicator.

However, the difference between both indicators was lower compared to the results obtained in the other dimensions. Considering that the maximum score that can be obtained in the indicator is 1 for the satisfaction indicator and -1 for the dissatisfaction indicator; in all of the functional questions, the score was very close to this indicator. This means that the existence or non-existence of each of these characteristics greatly influences the satisfaction experienced by the service by users.

Table 6. Results corresponding to the facilities, equipment, and tangibles dimension.

Question	Attributes	Quality Levels ¹						Classif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
15	How do you feel about the cleanliness of the facilities?	6	0	4	0	56	184	O	0.76	-0.96

16	If the healthcare center equipment is adequate, how do you feel?	8	0	1	0	81	160	O	0.67	-0.96
17	If the accessibility to the healthcare center is adequate, how do you feel?	7	0	4	0	72	167	O	0.70	-0.96
18	If the appearance and presence of the healthcare personnel are adequate, how do you feel?	10	0	5	0	62	173	O	0.73	-0.94
19	If the appearance and presence of non-healthcare personnel are adequate, how do you feel?	11	0	9	0	58	172	O	0.73	-0.92
20	Given the existence of clear signage for each department in the hospital, how do you feel?	9	0	3	0	63	175	O	0.74	-0.95

¹ A = Attractive, I = Indifferent, M = Must-be, O = One dimensional, Q = Questionable, and R = Reverse. ² Degree of satisfaction (CS). ³ Degree of dissatisfaction (DS).

According to the model, the evaluated attributes were considered by users as exclusively one-dimensional. Figure 4 presents this distribution of the indicators in the one-dimensional quadrant.

4.4. Efficiency (E)

The classification of the functional questions related to the efficiency of the service indicators was primarily one-dimensional, except for the attributes related to “the possibility of making a medical appointment,” “the level of bureaucracy,” and the “resolution of complaints,” which were classified as mandatory. These features that address functional questions, while not increasing customer satisfaction, cause strong dissatisfaction if they are not present. They represent basic or expected needs (basic or required quality). In addition, we identified an attribute as inverse: the “side effects of medicines” (Table 7).

This classification is related to the scores obtained in the satisfaction and dissatisfaction indicators. In the case of the functional questions linked to the mandatory classification, the reported CS was less than 0.5 and the SD was close to -1.

Based on a visual interpretation of the Figure 5, for the one-dimensional functional questions, the dissatisfaction indicator was higher than the satisfaction indicator. Regarding the side effects attribute, only in the case of the occurrence related to the consumption of a medicine was classified as reverse in relation to the satisfaction experienced.

Table 7. Results corresponding to the efficiency dimension.

Question	Attributes	Quality Levels ¹						Classif.	CS ²	DS ³
		A	Q	I	R	M	O			
21	Given the many facilities to arrange a medical appointment, how do you feel?	2	0	3	0	127	118	M	0.48	-0.98
22	If the level of bureaucracy is low, how do you feel?	3	0	11	0	122	114	M	0.47	-0.94
23	Given the adequate waiting time before entering a medical consultation, how do you feel?	2	0	14	0	98	136	O	0.55	-0.94

24	If the hospital provides a very good computerized service, how do you feel?	8	0	2	1	52	187	O	0.78	-0.96
25	Given the adequate speed of ancillary testing, how do you feel?	5	1	10	2	101	131	O	0.55	-0.94
26	Faced with the proper resolution of complaints, how do you feel?	3	0	9	2	131	105	M	0.44	-0.95
27	Given the adequate time of care of each patient, how do you feel?	4	1	7	3	90	145	O	0.61	-0.96
28	Given the appropriate hours of attention at the healthcare center, how do you feel?	5	0	5	5	53	182	O	0.76	-0.96
29	Given the adequate medical expenses made by the patient, how do you feel?	2	0	35	3	104	106	O	0.44	-0.85
30	If there is an improvement in the medical condition as a result of the efforts and treatment by medical personnel, how do you feel?	14	1	23	2	88	122	O	0.55	-0.85
31	Given the occurrence of side effects when taking medicines, how do you feel?	0	1	28	220	1	0	R	0.00	-0.03

¹ A = Attractive, I = Indifferent, M = Must-be, O = One dimensional, Q = Questionable, and R = Reverse. ² Degree of satisfaction (CS). ³ Degree of dissatisfaction (DS).

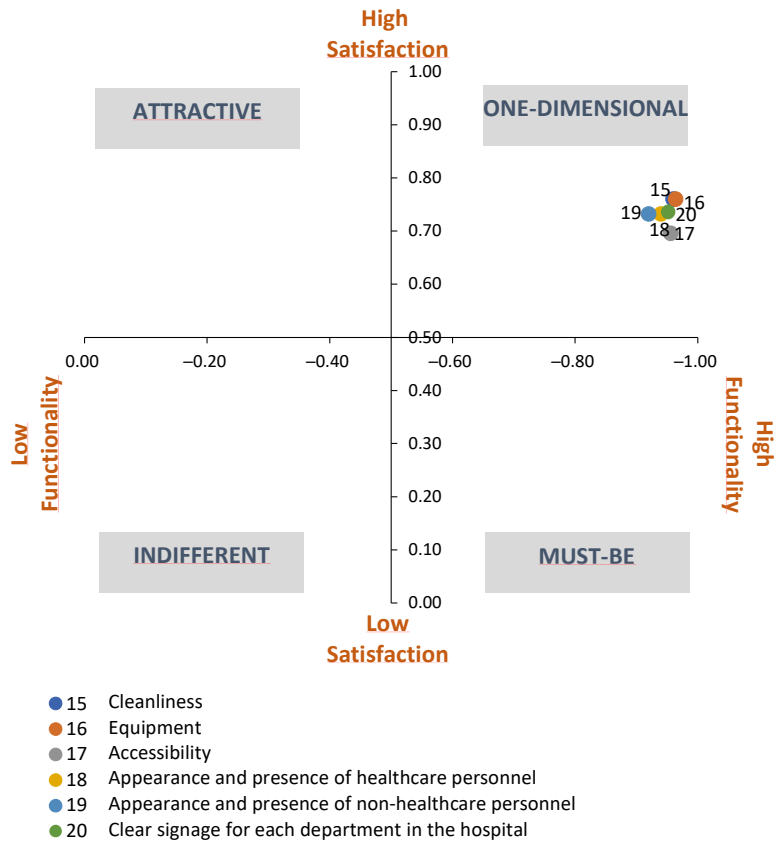


Figure 4. Classification of the attributes of the facilities, equipment, and tangibles dimension.

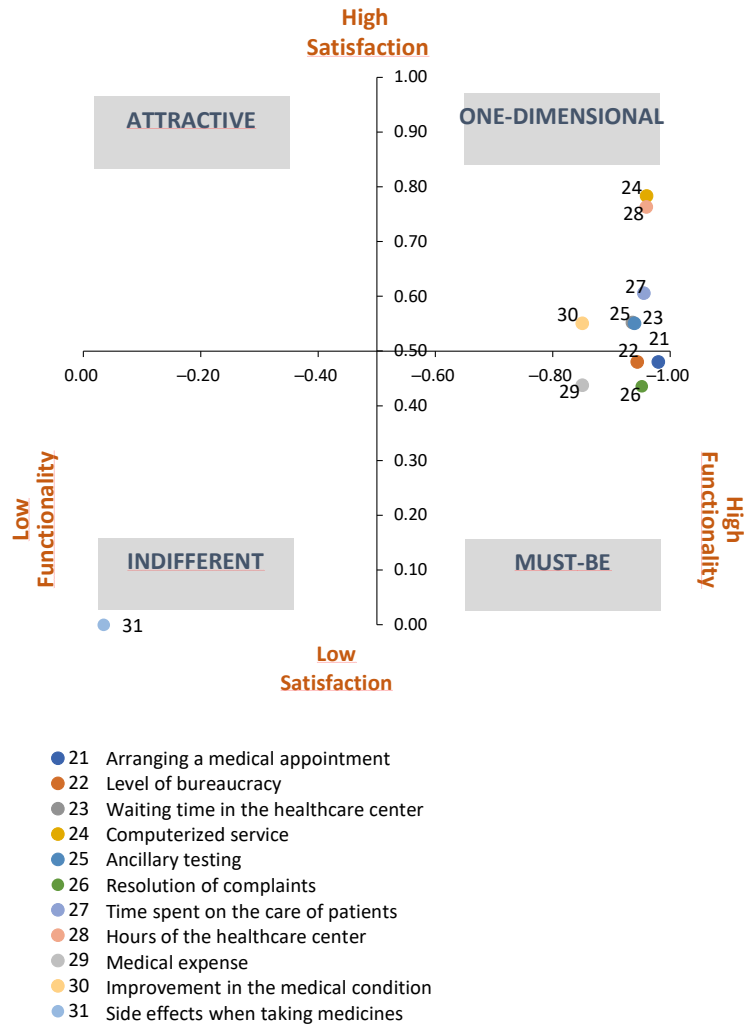


Figure 5. Classification of the attributes of the efficiency dimension.

5. Discussion

The first objective of the study was to evaluate the quality of health services through a multidimensional approach using the Kano model in two Peruvian hospitals. To our knowledge, this is the first published article in Peru that have explored the Kano model and its relationship with the healthcare sector. In this sense, this is a pioneering study and contributes to closing the existing gap in the literature on this topic. When it comes to the second and third objectives, we found that one-dimensional attributes were typically considered basic and indispensable regarding the provision of healthcare services [29,58] unlike attributes such as “attractive” and “must-be”, which require a higher level of understanding for healthcare services users. Therefore, the focus must be prioritized on one-dimensional attributes to enhance patient satisfaction, attract new customers, and gain

patient loyalty. One of the reasons regarding why few attributes were reported in the “must-be” efficiency dimension may be because the two Peruvian hospitals provide primary healthcare services which usually do not require prolonged treatment regimens [25].

Regarding CS and DS coefficients reported, due to the unidimensional nature of the majority of the functional questions, the scores were higher than 0.5 in the case of CS and -0.5 in the case of DS. These indicators suggest that, in the presence of the characteristics exposed in the functional questions, the level of satisfaction increased; on the contrary, their absence generated a high level of dissatisfaction in users. In terms of absolute values, a higher score is observed for the case of DS compared to CS, even many of these indicators are close to 1.

Moreover, focused on the third objective regarding the use of the above classification to improve hospital management and health care quality, the lack of resources in Peruvian hospitals (as in many Latin American countries) constitutes a great challenge that requires not only a significant budget increase but also demand an effective management of resources. On top of that, there is an insufficient number of health professionals, and many of them are inadequate trained in urban and rural areas in Peru [59]. Finally, besides legislation for PPPs was published in 2008 regarding infrastructure, maintenance, and service provisions; it was only until 2013 when PPP began to be implemented for health services [59]. Therefore, the implementation of PPPs in the Peruvian health sector represents an opportunity to promote and guarantee the quality of health services, mainly among users excluded from the system [59,60]. The results presented are commonly found in other healthcare facilities in Peru [59] that operate under a modality similar to that of the hospitals evaluated in this study. From this perspective, hospital management under PPP is more prone to implement service quality standards to ensure users' satisfaction as in other countries, such as Malaysia [61,62], Turkey [63], and India [64].

A multidimensional approach to identify healthcare needs used in the two Peruvian hospitals not only provides specific information on how to use the Kano model for a specific healthcare facility to identify patient needs, but also this study validates the reliability of the Kano survey in the two Peruvian hospitals using the Cronbach's alpha [25].

6. Conclusions

In the health sector, maintaining and preserving a high level of satisfaction is a permanent challenge for health operators due to the multidimensionality of the attributes that these services possess [34]. Likewise, the findings of this study provide information on which characteristics of the health services should prevail and be promoted to generate a higher level of satisfaction, particularly in a reality, such as Peru, where the levels of satisfaction with health have been low and focused on the relationship between the patient and the doctor [58–61].

User's satisfaction in health services goes beyond caring for just the patient. It is important to provide individual attention to each healthcare domain in order to effectively meet patient needs. Therefore, instruments such as those used in this study (based on the Kano method and the HEALTHQUAL scale [34]) would help to better understand not only the perceptions of users, but also to differentiate healthcare services and hospitals from competitors [25]. The Kano model can be a useful tool for healthcare managers to determine which attributes have the chance to increase or decrease satisfaction and can be applied to efficiently use the available resources by focusing only on the attributes that have a high impact on satisfaction in events such as the current COVID-19 pandemic, natural disasters, and economic recession, among others [25].

In this sense, the use of more than one instrument to evaluate the quality of health services would allow health managers to better understand the various quality aspects of the patient's treatment cycle and the service lifecycle to increase healthcare service quality and enhance patient satisfaction [25]. Thus, this evaluation represents an opportunity to improve the quality of care in health services and is useful for decision-makers working to improve the management of health services [65]. Healthcare managers and decision

makers must capture changing patient needs over time to continuously improve the healthcare service quality using the Kano model. Involving patients in the decision-making process and treatment decisions can give valuable insights into varying patient expectations due to increased patient awareness and empowerment [19,25]. Moreover, the Kano model might assist healthcare providers in eliciting patient preferences in the development of healthcare services and in the quality improvement process [25,55].

The integration of different methodologies to evaluate health services has been used previously by researchers such as Wongrukmit and Thawesaengskulthai [66] and Sulisworo [56], since it allows a greater understanding of how patients evaluate these services. In this case, we applied the Kano model to classify attributes based on the ratios of satisfaction/dissatisfaction and based on previous reports from the literature related to hospital services. Such classification provides a good framework to managers to better allocate their budgets and resources for improving healthcare services quality management programs.

As most attributes are one-dimensional, this represents an opportunity to ensure that these attributes are kept as a direct reference to the user preferences.

In the case of mandatory attributes, these represent a great challenge because improvements in these attributes do not generate greater satisfaction; however, their absence leads to a significant level of dissatisfaction. Therefore, we can suggest to the quality management offices of both PPP hospitals, to include the Kano questionnaire as part of the quality performance indicators in their annual quality plans. Furthermore, in the context of the COVID-19 pandemic, the approach applied in this research could be replicated in other hospitals in the Latin America region toward quality management within the healthcare industry.

However, this study has certain limitations. Although it was conducted in two hospitals in Peru, the results and interpretation should be handled carefully when extrapolating the findings to other populations with different sociodemographic, cultural, infrastructure, and hospital management characteristics. Other classification methodologies (e.g., using a different number of attribute categories) may provide different results.

Likewise, it would be interesting if future studies not only incorporated a greater number of hospitals to analyze the consistency of the results but also compared the levels of satisfaction reported, including other types of hospital management beyond PPPs. Future research should consider other user satisfaction instruments to evaluate the consistency of the results. For example, due to the prominence of the “one-dimensional” attribute over other attributes, adding categories such as “high level of one-dimensional” or “slightly one-dimensional” could be included to perform a more detailed attribute categorization, as suggested by Kano et al. [23]. Moreover, in the context of the COVID-19 pandemic, online instruments should be properly discussed and evaluated considering the socioeconomic factors and broadband access [67] in rural and urban areas in Peru.

In conclusion, our results, based in the two Peruvian hospitals (Barton and Kaelin), showed that the user’s evaluation of health services was multidimensional—namely, their evaluation was focused not only on the interaction space between the patient and medical personnel but also addressed other interaction services.

Author Contributions: Conceptualization, F.B.-I. and A.C.-M.; methodology, F.B.-I. and F.C.-G.; validation, F.B.-I. and A.C.-M.; formal analysis, F.B.-I., A.C.-M., F.C.-G. and W.H.C.; investigation, F.B.-I., A.C.-M. and W.H.C.; resources, F.B.-I., F.C.-G. and W.H.C.; data curation, F.B.-I.; writing—original draft preparation, F.B.-I., A.C.-M. and F.C.-G.; writing—review and editing, F.B.-I., A.C.-M., F.C.-G. and W.H.C.; visualization, F.B.-I., A.C.-M., F.C.-G. and W.H.C.; supervision, F.B.-I. and A.C.-M.; project administration, F.B.-I. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki. Ethical review and approval were waived for this study, as the study used only secondary data retrieved and researchers only had access to anonymized data.

Informed Consent Statement: Patient consent was waived because the study used only secondary data.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding authors.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

References

- Javed, S.A.; Liu, S.; Mahmoudi, A.; Nawaz, M. Patients' satisfaction and public and private sectors' health care service quality in Pakistan: Application of grey decision analysis approaches. *Int. J. Health Plan. Manag.* **2019**, *34*, e168–e182.
- Forrellat-Barrios, M. Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. *Rev. Cuba. Hematol. Inmunol. Hemoter.* **2014**, *30*, 179–183. Available online: <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v30n2/hih11214> (accessed on 27 January 2021).
- Bleich, S.N.; Özaltın, E.; Murray, C.J. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull. World Health Organ.* **2009**, *87*, 271–278.
- Sullivan, E.E.; Ellner, A. Strong Patient-Provider Relationships Drive Healthier Outcomes. *Harv. Bus. Rev.* **2015**. Available online: <https://hbr.org/2015/10/strong-patient-provider-relationships-drive-healthier-outcomes> (accessed on 27 January 2021).
- Khan, N.; Puthussery, S. Stakeholder perspectives on public-private partnership in health service delivery in Sindh province of Pakistan: A qualitative study. *Public Health* **2019**, *170*, 1–9.
- Broadbent, J.; Laughlin, R. Public private partnerships: An introduction. *Account. Audit. Account. J.* **2003**, *16*, 322–341.
- Moro Visconti, R.; Morea, D. Healthcare digitalization and pay-for-performance incentives in smart hospital project financing. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 2318.
- Morea, D.; Gebennini, E. New Project Financing and Eco-Efficiency Models for Investment Sustainability. *Sustainability* **2021**, *13*, 786.
- Visconti, R.M.; Doś, A.; Gurgun, A.P. Public-Private Partnerships for Sustainable Healthcare in Emerging Economies. In *The Emerald Handbook of Public-Private Partnerships in Developing and Emerging Economies*; Leitão, J., de Moraes Sarmiento, E., Aleluia, J., Eds.; Emerald Publishing Limited: London, UK, 2017; pp. 407–437.
- Greve, C.; Christensen, L.T.; Tværnø, C.; Nielsen, S.N.; Denta, S.M. Public-private partnerships in the healthcare sector: Limited policy guidelines, but active project development in Denmark. *J. Econ. Policy Reform.* **2021**, 1–15.
- Cruz, C.O.; Marques, R.C. Flexible contracts to cope with uncertainty in public-private partnerships. *Int. J. Proj. Manag.* **2013**, *31*, 473–483.
- De Marco, A.; Mangano, G. Risk and value in privately financed health care projects. *J. Constr. Eng. Manag.* **2013**, *139*, 918–926.
- Möller-Leimkühler, A.M.; Dunkel, R.; Müller, P.; Pukies, G.; de Fazio, S.; Lehmann, E. Is patient satisfaction a unidimensional construct? Factor analysis of the Munich Patient Satisfaction Scale (MPSS-24). *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* **2002**, *252*, 19–23.
- Donabedian, A. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*; Health Administration Press: Chicago, IL, USA, 1980.
- Oliveira, D.F.; Arieta, C.E.; Temporini, E.R.; Kara-José, N. Quality of health care: Patient satisfaction in a university hospital. *Arq. Bras. Ophthalmol.* **2006**, *69*, 731–736.
- Sullivan, P.W.; Smith, K.L.; Ghushchyan, V.H.; Globe, D.R.; Lin, S.L.; Globe, G. Asthma in USA: Its impact on health-related quality of life. *J. Asthma* **2013**, *50*, 891–899.
- Shahin, A.; Akasheh, S. Classifying customer requirements using Kano model and Kano map: The case of hospital services. *Int. J. Product. Qual. Manag.* **2017**, *21*, 500–515.
- Lotfizadeh, M.; Wang, S.; Taylor, J.; Slusher, K. Assessment of patient satisfaction and experience through correlation analysis and Kano model. In *Proceedings IIE Annual Conference*. Norcross, GA, USA, 2017; pp. 2033–2038.
- Gustavsson, S.; Gremyr, I.; Kenne Sarenmalm, E. Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. *TQM J.* **2016**, *28*, 151–162.
- Kohn, L.T.; Corrigan, J.M.; Donaldson, M.S. To Err is Human: Building a Safer Health system. In *Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America*; National Academies Press: Washington, DC, USA, 2000. Available online: <https://www.nap.edu/catalog/9728/to-err-is-human-building-a-safer-health-system> (accessed on 27 January 2021).
- Mitrabasu, N. Integrating Kano model and Herzberg two factor theory to unveil the third quality factor of patient satisfaction in a multispecialty outdoor medical centre. *Int. J. Emerg. Sci. Eng.* **2013**, *1*, 1–5.
- Gupta, P.; Srivastava, R.K. Customer satisfaction for designing attractive qualities of healthcare service in India using Kano model and quality function deployment. *MIT Int. J. Mech. Eng.* **2011**, *1*, 101–107.
- Kano, N.; Seraku, N.; Takahashi, F.; Tsuji, S. Attractive Quality and Must-Be Quality. *J. Jpn. Soc. Qual. Control* **1984**, *41*, 39–48.
- Kuo, T.C.; Ma, H.-Y.; Huang, S.H.; Hu, A.H.; Huang, C.S. Barrier analysis for product service system using interpretive structural model. *Int. J. Adv. Manuf. Technol.* **2010**, *49*, 407–417.
- Materla, T.; Cudney, E.A.; Hopen, D. Evaluating factors affecting patient satisfaction using the Kano model. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2019**, *32*, 137–151.

26. Chiou, C.C.; Cheng, Y.S. An integrated method of Kano model and QFD for designing impressive qualities of healthcare service. In Proceedings of the 2008 IEEE International Conference on Industrial Engineering and Engineering Management, Singapore, 6 January 2008; pp. 590–594.
27. Sulisworo, D.; Maniquiz, N. Integrating Kano's Model and Servqual to Improve Healthcare Service Quality. In Proceedings of the International Conference on Green World in Business and Technology, Yogyakarta, Indonesia, 21–24 March 2012.
28. Pawitra, T.A.; Tan, K.C. Tourist satisfaction in Singapore—a perspective from Indonesian tourists. *Manag. Serv. Qual.* **2003**, *13*, 399–411.
29. Sahney, S. Delighting customers of management education in India: A student perspective, part I. *TQM J.* **2011**, *23*, 644–658.
30. Chen, L.H.; Kuo, Y.F. Understanding e-learning service quality of a commercial bank by using Kano's model. *Total Qual. Manag. Bus.* **2011**, *22*, 99–116.
31. Hejaili, F.F.; Assad, L.; Shaheen, F.A.; Moussa, D.H.; Karkar, A.; AlRukhaimi, M. Culture-related service expectations: A comparative study using the Kano model. *Qual. Manag. Health Care* **2009**, *18*, 48–58.
32. Huang, J.C. Application of Kano model and IPA on improvement of service quality of mobile healthcare. *Int. J. Mob. Commun.* **2018**, *16*, 227–246.
33. Sanakulov, N.; Karjaluo, H. Consumer adoption of mobile technologies: A literature review. *Int. J. Mob. Commun.* **2015**, *13*, 244–275.
34. Barrios-Ipenza, F.; Calvo-Mora, A.; Velicia-Martín, F.; Criado-García, F.; Leal-Millán, A. Patient Satisfaction in the Peruvian Health Services: Validation and Application of the HEALTHQUAL Scale. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 5111.
35. Lam, S.S. SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Qual. Manag.* **1997**, *8*, 145–152.
36. Davies, B.; Baron, S.; Gear, T.; Read, M. Measuring and Managing Service Quality. *Mark. Intell. Plan.* **1999**, *17*, 33–40.
37. Gouthier, M.; Giese, A.; Bartl, C. Service excellence models: A critical discussion and comparison. *Manag. Serv. Qual.* **2012**, *22*, 447–464.
38. AENOR. UNE-CEN/TS 16880 Service Excellence. Creating Outstanding Customer Experiences through Service Excellence. Spain. Available online: <https://www.aenor.com/normas-y-libros/buscador-de-normas/une?c=N0055921> (accessed on 27 January 2021).
39. Asif, M. A critical review of service excellence models: Towards developing an integrated framework. *Qual. Quant.* **2015**, *49*, 763–783.
40. Schneider, B.; Bowen, D.E. Understanding customer delight and outrage. *Sloan Manag. Rev.* **1999**, *41*, 35–45.
41. Berman, B. How to delight your customers. *Calif. Manag. Rev.* **2005**, *48*, 129–151.
42. Johnston, R. Towards a better understanding of service excellence. *Manag. Serv. Qual.* **2004**, *14*, 129–133.
43. Johnston, R. Insights into service excellence. In *Service Excellence als Impulsgeber*; Gouthier, M.H.J., Coenen, C., Schulze, H.S., Wegmann, C., Eds.; Gabler Verlag: Wiesbaden, Germany, 2007; pp. 17–35.
44. Lytle, R.S.; Hom, P.W.; Mokwa, M.P. SERV*OR: A managerial measure of organizational service-orientation. *J. Retail.* **1998**, *74*, 455–489.
45. EFQM Excellence Model. European Foundation for Quality Management, Brussels. Available online: <https://www.efqm.org/index.php/efqm-model/> (accessed on 27 January 2021).
46. Asif, M.; Gouthier, M.H.J. What service excellence can learn from business excellence models? *Total Qual. Manag. Bus. Excell.* **2014**, *25*, 511–531.
47. NIST. Malcolm Baldrige National Quality Award. Available online: <https://www.nist.gov/baldrige/baldrige-award> (accessed on 27 January 2021).
48. Periañez-Cristóbal, R.; Calvo-Mora, A.; Rey-Moreno, M.; Suárez, E. Organisational profiles: Key factors and results from the EFQM model perspective. *Total Qual. Manag. Bus. Excell.* **2020**, 1–24.
49. Rezaei, S.; Hajizadeh, M.; Zandian, H.; Fathi, A.; Nouri, B. Service quality in Iranian hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Med J. Islamic Repub. Iran* **2018**, *32*, 59.
50. Rose, R.C.; Uli, J.; Abdul, M.; Ng, K.L. Hospital service quality: A managerial challenge. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* **2004**, *17*, 146–159.
51. Go, M.; Kim, I. In-flight NCCI management by combining the Kano model with the service blueprint: A comparison of frequent and infrequent flyers. *Tour. Manag.* **2018**, *69*, 471–486.
52. Jané, A.C.; Domínguez, S.M. Citizens' Role in Health Services: Satisfaction Behavior: Kano's Model, Part 1. *Qual Manag. Healthc.* **2003**, *12*, 64–71.
53. Jin, Y.; Park, Y.; Yu, J. An Assessment Model for Evaluating Asymmetric Effects of Attribute-Level Performance on Satisfaction. *Sustainability* **2019**, *11*, 4323.
54. Lengnick-Hall, C.A. The patient as the pivot point for quality in health care delivery. *J. Healthc. Manag.* **1995**, *40*, 25–39.
55. Vassiliadis, C.A.; Fotiadis, A.K.; Tavlaridou, E. The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: A Kano service quality analysis approach. *Total Qual. Manag. Bus. Excell.* **2014**, *25*, 897–907.
56. Sulisworo, D. Integrating Kano's Model and SERVQUAL to Improve Healthcare Service Quality. Ahmad Dahlan University. Available online: <http://eprints.uad.ac.id/1354/> (accessed on 27 May 2021).
57. Berger, C.; Blauth, R.; Boger, D. Kano's Methods for understanding customer-defined quality. *Center Qual. Manag. J.* **1993**, *2*, 3–36.

58. Cabello, E.; Chirinos, J.L. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev. Médica Herediana* **2012**, *23*, 88–95.
59. Zevallos, L.; Salas, V.; y Robles, L. Asociaciones público-privadas para servicio de salud: ¿la solución al sistema de salud peruano? *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública* **2014**, *31*, 769–774.
60. Bravo-Orellana, S. Asociaciones Público Privadas en el sector salud. *Círculo. Derecho Adm.* **2013**, *13*, 123–140. Available online: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoadministrativo/article/view/13472/14099> (accessed on 27 January 2021).
61. Hashim, H.A.; Sapri, M.; Low, S.-T. Public private partnership (PPP) facilities management for healthcare services in Malaysia: The challenges of implementation. *J. Facil. Manag.* **2016**, *14*, 350–362.
62. Hashim, H.A.; Sapri, M.; Shazmin, S.S.A. Strategic facilities management functions for public private partnership (PPP) healthcare services in Malaysia. *Plan. Malays.* **2019**, *17*, 25–47.
63. Öge, H.; Bas, T. Public–private Partnership Healthcare Projects in Turkey. *J. Bus. Sci.* **2016**, *4*, 105–119.
64. Ramakrishnan, D. Public Private Partnership (PPP) in Indian Health Care. SSRN. Available online: <http://ssrn.com/abstract=2186897> (accessed on 27 January 2021).
65. Velásquez, A.; Suarez, D.; y Nepo-Linares, E. Reforma del sector salud en el Perú: Derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública* **2016**, *33*, 546–555.
66. Wongrukmit, P.; Thawesaengskulthai, N. Hospital service quality preferences among culture diversity. *Total Qual. Manag. Bus. Excell.* **2014**, *25*, 908–922.
67. Reddick, C.G.; Enriquez, R.; Harris, R.J.; Sharma, B. Determinants of broadband access and affordability: An analysis of a community survey on the digital divide. *Cities* **2020**, *106*, 102904.