

La reputación de los hospitales españoles. Bases para el desarrollo de un índice de reputación de los hospitales

The reputation of Spanish hospitals. Basis for developing a reputation index of hospitals

J.J. Mira¹, S. Lorenzo², I.M. Navarro¹, M. Guilabert¹, V. Pérez-Jover¹

RESUMEN

Fundamento. La reputación de los centros sanitarios se relaciona con: mayor predilección de los usuarios por obtener sus servicios, mejores resultados clínicos y mayor calidad asistencial y potencial para atraer a profesionales con talento. La reputación se ha evaluado mediante índices y escalas. El objetivo de este estudio es analizar los atributos que debería reunir un índice de reputación para los hospitales españoles.

Método y materiales. Estudio basado en técnicas cualitativas de búsqueda de consenso (técnica del grupo nominal + técnica Delphi).

Resultados. Se identificaron cuatro dimensiones que estructuran el índice de reputación: calidad de la asistencia, comportamiento ético, credibilidad/confianza e innovación e investigación biomédica que a su vez se subdividen en 12 componentes en total.

Conclusiones. En la construcción de un índice de reputación debería considerarse la combinación de datos objetivos (p.ej. resultados en calidad y seguridad) con otros de carácter subjetivo (p.ej. satisfacción de los pacientes). Futuros estudios deberían ir en la línea de validar los estándares de referencia para construir un índice de reputación para hospitales.

Palabras clave. Hospital. Relación paciente-hospital. Centro sanitario. Identidad social. Estándar de resultado.

ABSTRACT

Background. The reputation of the health centers is associated with: greater user preference in obtaining their services, better clinical outcomes and higher care quality and potential for attracting talented professionals. Reputation was evaluated using indexes and scales. The aim of this study is to analyze the attributes that should be gathered in a reputation index for Spanish hospitals.

Material and methods. Study based on qualitative techniques of consensus (nominal group technique + Delphi technique).

Results. Four dimensions were identified that form the reputation index: care quality, ethical behavior, credibility/confidence and biomedical innovation and research, which in turn are subdivided into 12 components in total.

Conclusions. In building a reputation index consideration must be given to the combination of objective data (e.g. quality and safety outcomes) with other data that are subjective in nature (e.g., patient satisfaction). Future studies should go online to validate the reference standards in building a reputation index for hospitals.

Keywords. Hospital. Hospital-patient relations. Patient freedom of choice laws. Social identifications. Standard outcomes.

An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38 (2): 247-254

1. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.
2. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España.

Correspondencia:

Mercedes Guilabert Mora
Universidad Miguel Hernández
Avda. de la Universidad, s/n
03202 Elche-Alicante
E-mail: mguilabert@umh.es

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III, Fondo de Investigaciones Sanitarias, contando con Fondos FEDER, referencia PI09/0802.

Recepción: 23 de febrero de 2015
Aceptación provisional: 31 de marzo de 2015
Aceptación definitiva: 15 de abril de 2015

INTRODUCCIÓN

La reputación de un centro sanitario lo hace más digno de crédito y que prefiramos sus servicios antes que los de otro con menor reputación^{1,2}. Disfrutar de una mejor reputación se ha asociado a mejores resultados clínico-asistenciales³. A su vez, la difusión de resultados clínico-asistenciales parece que estimula la mejora de la calidad asistencial^{4,6}. Una buena reputación, además, permite retener y atraer profesionales con talento^{3,7}.

En un entorno en el que paulatinamente las posibilidades de elección de centro sanitario se incrementan, el estudio de la reputación de los hospitales reviste cada vez mayor interés. Pese a esto son muy escasos los estudios sobre la reputación de los hospitales y menos de los hospitales españoles^{8,9}.

La reputación es un concepto multidimensional¹⁰ que se fundamenta en las percepciones de los distintos grupos de interés de una organización¹¹ (clientes, accionistas, empleados, etc.). La reputación se ha definido como^{12,13}: la creencia en la calidad de los productos o servicios de una determinada organización; como un conjunto de atributos de una organización en base a su trayectoria pasada; o como la acumulación de juicios evaluativos sobre una organización a lo largo del tiempo que depende de la calidad de sus productos y de una comunicación eficaz.

Las organizaciones con mejor rendimiento y calidad logran una mejor reputación y quienes gozan de mejor reputación reciben valoraciones más positivas de la calidad de sus productos¹⁴. La reputación se ha evaluado de dos formas fundamentalmente¹⁵: mediante índices y mediante escalas dirigidas a distintos públicos.

Los índices agrupan diferentes variables ponderadas fruto del consenso entre profesionales. Normalmente se consideran: resultados económico-financieros, calidad de los productos o servicios, responsabilidad social corporativa y otras medidas como capacidad de innovación, visión de los competidores, estilos de liderazgo, presencia internacional o clima laboral. Es el caso de la lista MAC (*Most Admired*

Companies) que publica la revista Fortune de las empresas más admiradas por analistas financieros; el índice de Reputación propuesto por Fombrun¹⁶ o el Monitor Español de Reputación Corporativa (MERCOS) que ofrece desde 1999 una escala de las 100 empresas con mejor reputación en España (<http://www.merco.info/es>).

A finales de 2014, MERCOS hizo públicos los resultados de su Monitor de Reputación Sanitaria (MRS) que incluye escalas, por especialidades, de los hospitales, servicios hospitalarios y profesionales con mejor reputación. El estudio recoge la opinión de médicos, enfermeros, miembros de asociaciones de pacientes y periodistas e incorpora el análisis de 186 indicadores de calidad y rendimiento asistencial, extraídos del sistema de información CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos). Los enfoques como los del Top 50 del *World Report's rankings* norteamericanos están más basados en medidas cualitativas de reputación, presentan una variabilidad mucho mayor que las medidas objetivas (hasta un 140% más¹⁷) y no siempre guardan una adecuada correlación con medidas más objetivas de reputación (Spearman rho=0,03¹⁸). Este tipo de escalas tienen un amplio eco en los medios y se ha sugerido que en algunas ocasiones puede conducir a elecciones erróneas o confusión entre los ciudadanos¹⁹.

Las escalas y cuestionarios valoran distintas dimensiones de la reputación y recogen la opinión de clientes y empleados^{11,20}. Suelen incluir como factores²¹: calidad de la asistencia, credibilidad/confianza, comportamiento ético/estilo de conducta, gestión y liderazgo de los directivos, responsabilidad social (económica, personal y medioambiental) e innovación e investigación biomédica.

Nuestro grupo ha diseñado y validado una escala de reputación de los hospitales españoles desde el punto de vista de los pacientes²². Este estudio tiene como objetivo analizar las características y los atributos que debería reunir un índice de reputación para los hospitales españoles, ya sean de gestión directa o en régimen de concesión (el denominado modelo Alzira).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio basado en técnicas cualitativas de búsqueda de consenso. Primero, identificamos mediante grupos nominales una serie de dimensiones que delimitaban el alcance del índice de reputación. Con esta información se elaboró un cuestionario 0 con una propuesta de componentes que posteriormente dieran lugar a indicadores y, por último se llevó a cabo un estudio de campo mediante una plataforma online que facilitó la aplicación de la técnica Delphi para priorizarlos.

Para determinar el alcance que debía abarcar el índice de reputación se consultó a diversos colectivos de profesionales y no profesionales. Se revisaron en PubMed y Scopus estudios publicados sobre esta temática entre 2007 y 2010; y otros referentes como MERCO, índice de reputación de Davies y el Ranking de Reputación Corporativa de Chile. Además, se condujeron 6 grupos nominales en los que participaron un total de 47 profesionales (33 directivos y 14 profesionales clínicos) y 32 no profesionales. Estos grupos permitieron delimitar el alcance de las dimensiones de la reputación de un hospital y jerarquizar su importancia.

Se elaboró un conjunto de componentes para cada una de las dimensiones acorde a los resultados de la revisión de la literatura y de las propuestas durante las sesiones grupales. Este conjunto de componentes que daría lugar a indicadores constituyó el cuestionario 0 para aplicar la técnica Delphi que se utilizó con el propósito de seleccionar y priorizar dicho listado. El cuestionario contaba con 3 escalas de respuesta de 0 a 10 puntos (de ninguna a máxima): claridad de la definición, pertinencia y si resultaba factible su medida. Adicionalmente, los participantes pudieron añadir otras propuestas de componentes para considerarlos en una segunda ola. Como punto de corte para realizar una selección de componentes de cada dimensión se consideró la suma ponderada de las puntuaciones en las tres escalas empleadas, según el siguiente criterio 1 según puntuación en claridad de la definición,

criterio 2 por puntuación en pertinencia y criterio 3 según la puntuación en factibilidad y fijando un punto de corte de 40 puntos. La segunda ola permitió asignar una ponderación a cada componente de cada dimensión para facilitar priorizar su inclusión en el índice. En este caso, se evaluó en escala de 0 a 10. A partir de la información recogida el equipo investigador elaboró definiciones de los elementos de cada una de las dimensiones de la reputación que habían sido priorizados mediante la técnica Delphi. Para cada uno de los indicadores seleccionados para el índice se identificaron valores de referencia bien en informes técnicos o en resultados de estudios publicados. El resultado final incluye un total de 28 elementos.

Se invitó a participar en el estudio a un total de 125 profesionales. La selección de los participantes se basó en su experiencia y perfil profesional relacionado con la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria y se realizó a partir de las sociedades científicas: SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial), SOVCA (Sociedad Valenciana de Calidad Asistencial), SADECA (Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial) y con la participación de los estudiantes de Postgrado del Máster de Calidad y Seguridad del Paciente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

RESULTADOS

Los participantes en los grupos nominales delimitaron el alcance del concepto de reputación en 4 dimensiones: calidad de la asistencia, comportamiento ético, credibilidad/confianza, e innovación e investigación biomédica. La estructura del índice de reputación se concretó en 4 dimensiones (Tabla 1) y 12 componentes (Tabla 2).

En la primera ola de la técnica Delphi se contó con la participación de 58 profesionales (tasa de respuesta de 58/125, 46,4%). A la segunda ola respondieron 44 (tasa de respuesta sobre la muestra inicial de 44/125, 35,2% y sobre la respuesta en la segunda ola de 44/58, 75,9%). Tras la primera ola se seleccionaron un total de 13 elementos para la dimensión de calidad

Tabla 1. Alcance del concepto de reputación de un hospital y ponderación de cada una de las dimensiones según perfiles de profesionales o no profesionales

Dimensiones para determinar el alcance de la reputación de un hospital	Directivos (N=33)	Profesionales (N=14)	No profesionales (N=32)
Calidad de la asistencia	4,3 (1,3)	4,7 (0,5)	4,4 (0,9)
Credibilidad/confianza	4,0 (1,2)	4,1 (0,7)	3,6 (1,4)
Responsabilidad social	4,0 (0,9)	4,4 (0,6)	3,2 (1,5)
Innovación e investigación biomédica	3,9 (1,3)	3,9 (1,1)	4,1 (1,1)

Entre paréntesis desviación típica.

Tabla 2. Dimensiones y componentes incluidos en el cuestionario 0 para aplicar la técnica Delphi

Dimensión	Componentes de la dimensión			
Calidad asistencial	Calidad de la atención	Seguridad del paciente		
Credibilidad/confianza	Satisfacción de los pacientes	Quejas, reclamaciones y demandas	Confianza en el centro y sus profesionales	Imagen social en medios
Responsabilidad Social	Transparencia en la gestión de personal y liderazgo.	Transparencia en la gestión económica	Contribución a la sostenibilidad	
Innovación e investigación biomédica	Formación MIR	Capacidad investigadora	Excelencia investigadora reconocida	

de la asistencial y seguridad del paciente, 4 para credibilidad y confianza, 7 para responsabilidad social y 4 para innovación e investigación biomédica. La tabla 3 recoge las fuentes de información para un índice de reputación de hospitales seleccionados tras las valoraciones de los participantes en la segunda ola.

DISCUSIÓN

En este estudio se presentan las características y los atributos recomendados para construir por consenso un índice de reputación para los hospitales españoles. El índice IRCHE es el resultado de este consenso. Este estudio se justifica por los estudios que demuestran que la elección de hospital está muy marcada por la reputación del centro y ésta depende en gran medida de la información sobre sus resultados en indicadores de calidad asistencial y seguridad del paciente²³.

La construcción de este índice de reputación considera como atributos medidas de resultado en calidad asistencial y en seguridad del paciente, la percepción del paciente (satisfacción) y de los ciudadanos (confianza), actuaciones para mitigar el impacto ambiental, buenas prácticas de gestión económica y de personal y la capacidad del hospital para la investigación e innovación. La difusión de estas evaluaciones entre la población se espera que tenga un efecto beneficioso en la mejora de la calidad asistencial^{3,24-27}, aunque existen dudas sobre la mejor forma de llevar a cabo esta difusión para no generar confusión entre los ciudadanos^{19,28}.

En este estudio han participado profesionales de la gestión, calidad y seguridad de las instituciones sanitarias de nuestro país, propiciándose un consenso sobre la estructura recomendable para elaborar un índice reputación de los hospitales. Del total de 28 elementos la mayoría (13) corres-

Tabla 3. Elementos seleccionados por consenso para formar parte de un índice de reputación de hospitales

Criterio	Media	CV
1. Calidad y Seguridad		
Cirugía sobre una parte errónea del cuerpo	9,51	0,10
Cuerpo extraño dejado durante un procedimiento	9,33	0,10
Transfusión de grupo sanguíneo erróneo	9,20	0,12
Infección asociada al uso de catéter venoso central	8,62	0,18
Sepsis postquirúrgica	8,56	0,18
Neumonías asociadas a ventilación Mecánica	8,44	0,17
Trauma neonatal-daño neonatal	8,44	0,18
Embolia pulmonar postquirúrgica o trombosis venosa profunda	8,33	0,18
Trauma obstétrico por cesárea	8,18	0,19
Incidencia de úlceras por decúbito	8,16	0,22
Reacción a transfusión	8,11	0,20
Incidencia de sepsis en estancias mayores de 3 días	8,06	0,22
Mortalidad en GRDs de baja Mortalidad	8,04	0,22
2. Credibilidad y confianza		
Porcentaje de pacientes que recomendarían el hospital a otros pacientes.	7,66	0,22
Índice de satisfacción de los pacientes con las atenciones recibidas	7,66	0,26
Número de solicitudes de cambio de médico especialista ajustado por el número total de consultas ambulatorias realizadas	6,75	0,29
Percepción por los ciudadanos del hospital como organización socialmente responsable	6,60	0,27
3. Responsabilidad Social		
Acreditación o certificación del hospital según normas ISO 9000, JCHOC, EFQM o sistemas de la propia comunidad autónoma	8,21	0,18
Índice de satisfacción laboral de los profesionales	8,00	0,23
Certificación de calidad medioambiental del conjunto del hospital	7,68	0,25
Tasa de absentismo. Número de días perdidos de trabajo dividido por el número de trabajadores por el número de días totales de trabajo por empleado	7,55	0,24
Sanciones o expedientes por incumplimiento de normativas locales, regionales o nacionales en materia medioambiental	7,37	0,28
Porcentaje de contratos con proveedores abonados en las condiciones pactadas y en el tiempo establecido	7,25	0,24
Consumo directo de energía (según fuentes Kw/hora y m ³) ajustado por el número de m ² de locales de consulta externa y número de camas	7,09	0,24
4. Innovación e investigación biomédica		
Desacreditación o apercibimiento de desacreditación de unidades de formación MIR	7,92	0,24
Índice de impacto de las publicaciones conforme JCR	7,90	0,18
Tasa de éxito en proyectos de investigación competitiva de convocatorias nacionales financiados ajustado por el total de médicos y enfermeros	7,67	0,21
Número de especialidades MIR acreditadas sobre el total de especialidades del hospital	7,27	0,31

CV coeficiente de variación (σ/X)

ponden a las dimensiones calidad y seguridad, es decir medidas clínico-asistenciales. En este sentido hay que considerar que la reputación se resiente cuando un paciente sufre un evento adverso o recibe una calidad inadecuada²⁹.

Este índice IRCHE abarca 4 dimensiones básicas que se relacionan con la reputación, en línea con los índices MERCOS o el Ranking de Reputación Corporativa de Chile. También guarda similitudes con el MSR, aunque se ha diseñado desde una perspectiva diferente lo que se refleja en su estructura.

El MSR suma 5 dimensiones y 186 indicadores frente a las 4 dimensiones y los 28 indicadores de IRCHE (ver anexo online). Ambos incluyen indicadores de calidad de la intervención clínica y seguridad del paciente. Aunque IRCHE está más centrado en indicadores de resultado y no incluye ningún indicador relacionado con la estructura (44, un 24% en el MRS). IRCHE incluye medidas de credibilidad y confianza de los pacientes y no solo de satisfacción del paciente, aunque se incluye en esta dimensión como indicador el índice de satisfacción del paciente. Por último, IRCHE incluye dimensiones e indicadores no contemplados en MRS: responsabilidad social (7), innovación e investigación en biomedicina (4). Mientras que el índice MRS se centra en un abordaje global de la reputación sanitaria compatible con otros índices empleados en sectores tan diversos como energético, banca, servicios, etc. (recursos, actividad, rendimiento y calidad asistencial), el índice IRCHE está muy centrado en una selección de indicadores específicos del sector sanitario (Anexo I).

Las diferencias entre IRCHE y el Top20³⁰ radican en que el primero aporta una valoración que combina criterios pertenecientes a dimensiones bien distintas, combinando datos más objetivos y otros de carácter más subjetivo, basados en la información aportada por ciudadanos y pacientes.

Con respecto a otros índices como el Top100 o Top50 de EEUU, éstos se desenvuelven en un entorno de mercado, mientras que IRCHE está pensado para el modelo sanitario español. Ahora bien, ambos

comparten que la difusión de indicadores de resultado influyen en la visión de pacientes y ciudadanos y en su decisión de dónde buscar atención médica³¹. En nuestro entorno, la buena reputación de los centros cabe esperar que fomente la búsqueda de mejores resultados, buscando atraer (o de retener) recursos, nuevos proyectos y profesionales con talento^{32,33}.

No obstante, esta propuesta no está exenta de limitaciones. Este índice está pensado para hospitales públicos, privados y en régimen de concesión en los que se desempeñan las 3 funciones: asistencial, docente e investigadora, su estructura no se ajusta a otros centros privados centrados únicamente en la actividad asistencial. Se ha considerado en su elaboración únicamente el criterio de los profesionales sanitarios del ámbito de la gestión y de la calidad y pudiera darse el caso de que los clínicos priorizaran de forma distinta los criterios. Las dimensiones se han considerado *a priori* equipotentes y no se ha explorado si deben ponderarse. Este ejercicio no debe descartarse en un futuro para desarrollar nuevos aspectos de este índice de reputación, máxime cuando las ponderaciones de cada dimensión pueden cambiar con el tiempo. Aunque se realizó un análisis preliminar de fuentes de datos de referencia para determinar la factibilidad de cada uno de los criterios incluidos en el índice, los datos consultados corresponden a otros modelos sanitarios³⁴ por lo que es aconsejable establecer estándares de referencia más próximos a nuestra realidad. El índice IRCHE no se ha verificado que se relacione de forma directa con un mejor resultado en la asistencia sanitaria que se presta a los pacientes, si bien cabe esperar que esta tendencia fuera positiva⁸.

Los nuevos escenarios que puedan derivarse de los cambios estructurales y de los cambios normativos que se vienen sucediendo en el sector sanitario (por ejemplo, la aplicación de la directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo sobre derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza) invitan a buscar nuevas fórmulas para estimular la calidad. En futuros estudios se podrían especificar

y validar los estándares de referencia para construir un índice de reputación para hospitales abordando de este modo una laguna actual en los índices de referencia que venimos empleando.

BIBLIOGRAFÍA

1. DIJS-ELSINGA J, OTTEN W, VERSLUIS MM, SMEETS HJ, KIEVIT J, VREE R et al. Choosing a hospital for surgery: The importance of information on quality of care. *Med Decis Making* 2010; 30: 544-555.
2. KANG HY, KIM SJ, CHO V, LEE S. Consumer use of publicly released hospital performance information: assessment of the National Hospital Evaluation Program in Korea. *Health Policy* 2009; 89: 174-183.
3. HIBBARD JH, JEWETT JJ. Will quality report cards help consumers? *Health Aff (Millwood)* 1997; 16: 218-228.
4. MIRA JJ, RODRÍGUEZ-MARÍN J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 104-110.
5. HIBBARD JH, STOCKARD J, TUSLER M. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 2003; 22: 84-94.
6. SMOLDERS KH, DEN OUDEN AL, NUGTEREN WA, VAN DER WAL GV. Does public disclosure of quality indicators influence hospitals' inclination to enhance results? *Int J Qual Health Care* 2012; 24: 129-134.
7. HIBBARD JH, STOCKARD J, TUSLER M. Hospital performance reports: Impact on quality, market share, and reputation. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24: 1150-1160.
8. ASENJO MA, BERTRÁN MJ, GUINOVAR C, LLACH M, PRAT A, TRILLA A. Análisis de la reputación de los hospitales españoles: relación con su producción científica en cuatro especialidades. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 768-770.
9. NAVARRO I, MIRA JJ, LORENZO S. Desarrollo y validación de un cuestionario para medir la reputación de los hospitales. *Gac Sanit* 2012; 26: 444-449.
10. ŞATIR Ç. The nature of corporate reputation and the measurement of reputation components. An empirical study within a hospital. *Corp Comm Int J* 2006; 11: 56-63.
11. BENNETT R, KOTTASZ R. Practitioner perceptions of corporate reputation: an empirical investigation. *Corp Comm Int J* 2000; 5: 224-235.
12. SRIVORAVILAI N, MELEWAR TC, LIU MJ, YANNOPOULOU N. Value marketing through corporate reputation: An empirical investigation of Thai hospitals. *Journal of Marketing Management* 2011; 27: 243-268.
13. SMITH AD. Resource based view of the firm: measures of reputation among health service-sector businesses. *Health Mark Q* 2008; 25: 361-382.
14. MICHALISIN MD, KLINE DM, SMITH RF. Intangible strategic assets and firm performance: A multi-industry study of the resource-based view. *J Bus Strategy* 2000; 17: 91-117.
15. HILLENBRAND C, MONEY K. Corporate responsibility and corporate reputation: two separate concepts or two sides of the same coin? *Corporate Reputation Review* 2007; 10: 261-277.
16. FOMBRUN CH. Reputation. Realizing Value from the Corporate Image. Boston: Harvard Business School Press, 1996.
17. INGRAM DG, BACHRACH BE. U.S. News and World Report's rankings of the top 50 children's hospitals for diabetes and endocrinology reflect reputation more than objective measures. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2011; 24: 759-761.
18. SEHGAL AR. The role of reputation in U.S. News & World Report's rankings of the top 50 American hospitals. *Ann Intern Med* 2010; 152: 521-525.
19. DI TANNA GL, CISBANI L, GRILLI R. Public reporting on individual hospitals' quality: the risk of misinformation. *Epidemiol Prev* 2006; 30: 199-204.
20. DAVIES G, CHUN R, DA SILVA RV, ROPER S. Corporate Reputation and Competitiveness. London and New York: Routledge, 2003.
21. WITHROW SC. The 8 dimensions of quality. *Healthcare financial management. Healthc Financ Manage* 2006; 60: 86-91.
22. MIRA JJ, TIRADO S, PÉREZ-JOVER V, VITALLER J. Determinantes de la elección del hospital por parte de los pacientes. *Gac Sanit* 2004; 18: 205-212.
23. JUNG K, FELDMAN R, SCANLON D. Where would you go for your next hospitalization? *J Health Econ* 2011; 30: 832-841.
24. CHEN J, RADFORD MJ, WANG Y, MARCINICK TA, KRUMHOLZ HM. Performance of the "100 top hospitals": what does the report card report? *Health Aff* 1999; 18: 53-68.
25. MUKAMEL DB, MUSHLIN AI. Quality of care information makes a difference. *Med Care* 1998; 36: 945-954.
26. BURSTIN HR, CONN A, SETNIK G, RUCKER DW, CLEARY PD, O'NEIL A et al. Benchmarking and

- quality improvement: the Harvard Emergency Department Quality Study. *Am J Medicine* 1999; 107: 437-449.
27. FOWLES JB, KIND EA, BRAUN BL, KNUTSON DJ. Consumers responses to health plan report cards in two markets. *Med Care* 2000; 38: 469-481.
 28. LINDENAUER PK, LAGU T, ROSS JS, PEKOW PS, SHATZ A, HANNON N et al. Attitudes of hospital leaders toward publicly reported measures of health care quality. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1904-1911.
 29. MARANG-VAN DE MHEEN PJI, DIJS-ELSLINGA J, OTTEN W, VERSLUIS M, SMEETS HJ, VAN DER MADE WJ et al. The importance of experienced adverse outcomes on patients' future choice of a hospital for surgery. *Qual Saf Health Care* 2010; 19:e16. doi: 10.1136/qshc.2008.031690.
 30. IASIST. Resultados Hospitales TOP 20-2011 [informe electrónico] 2011 [consultado 25 Junio 2012]. Recuperado: <http://www.iasist.com/es/noticias/resultados-hospitales-top-20-2011>
 31. VARKEVISSER M, VAN DER GEEST SA, SCHUT FT. Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *J Health Econ* 2012; 31: 371-378.
 32. HALASYAMANI LK, DAVIS MM. Conflicting measures of hospital quality: ratings from "Hospital Compare" versus "Best Hospitals". *J Hosp Med* 2007; 2: 128-134.
 33. BELLOU V. Organizational culture as a predictor of job satisfaction: The role of gender and age. *Career Development International* 2010; 15: 4-19.
 34. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality, and Utilization. March, 2007. Disponible en: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/modules/iqi/v31/iqi_guide_v31.pdf. [Consultado 14 marzo 2014].

Anexo 1 Comparativa entre MRS e IRCHE

	MRS (monitor de reputación sanitaria)	IRCHE (índice de reputación de hospitales españoles)
Número total de indicadores	186	28
Número de dimensiones	5	4
Dimensiones/Agrupación de indicadores (n;%)	Indicadores estructurales (44; 23,7%) Indicadores actividad asistencial (94; 50,5%) Indicadores funcionales (20; 10,8%) Indicadores de rendimiento (13; 7,0%) Indicadores de calidad asistencial (15; 8,1%)	Calidad y seguridad (13; 46,4%) Credibilidad y confianza (4; 14,3%) Responsabilidad social (7; 25,0%) Innovación e investigación biomédica (4; 14,3%)
Aspectos en común	Evaluación de: - la calidad asistencial - la seguridad del paciente - la satisfacción del paciente	