

Spain. Zaragoza. Carmen Berné, Esperanza García, Jorge Riveros

**Berné, C., García, E. y Riveros, J.**

**Universidad de Zaragoza<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el marco del Proyecto DID-UACH S 2003-68.

Berné, Carmen: [cberne@unizar.es](mailto:cberne@unizar.es) Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía y Dirección de Empresas. Gran Vía, 2. 50005. Zaragoza. España.

García, Esperanza: [mariola@unizar.es](mailto:mariola@unizar.es) Escuela Universitaria de Estudios Sociales. Departamento de Economía y Dirección de Empresas. Violante y Hungría, 23. 50009 Zaragoza. España.

Riveros, Jorge: [jriveros@uach.cl](mailto:jriveros@uach.cl) Instituto de Administración, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Austral de Chile. Valdivia. Chile.

**MANAGEMENT'S CUSTOMER ORIENTATION AS AN ANTECEDENT TO SATISFACTION. AN APPLICATION TO PUBLIC HEALTH SERVICES.**

**RESUMEN**

*El objetivo de este trabajo es contrastar la relación entre la Orientación de la Gestión al Cliente o Usuario (OU) y la Satisfacción del mismo (SAT) con distintos elementos del servicio prestado por centros de salud. La aplicación se desarrolla para el caso concreto de un hospital público regional del sur de Chile con los datos obtenidos desde un cuestionario dirigido a los pacientes. La metodología de Modelos de Ecuaciones Estructurales se utiliza para confirmar la relación causa-efecto propuesta entre las dos variables latentes y sus dimensiones. La confirmación de dicha relación en el caso tratado pretende ser un apoyo a la gestión pública llevada a cabo por los profesionales a cargo de la gestión de establecimientos hospitalarios, interesados en desarrollar e implementar medidas que mejoren el proceso de atención al usuario, logrando así un mayor nivel de satisfacción de sus necesidades.*

**PALABRAS CLAVE**

*Chile, Gestión, Hospital Público, Orientación al Usuario, Satisfacción del Usuario.*

**ABSTRACT**

*The objective of this work is to contrast the relationship between management's customer orientation and the resulting user satisfaction with different health services. The study is based on data obtained through a questionnaire completed by patients in a public hospital located in the south of Chile. Structural equations models are used to confirm the cause and effect relationship between two latent variables and their dimensions. The confirmation of this relationship provides support to hospital managers interested in developing and implementing measures to improve customer service and thus to achieve a higher level of customer satisfaction.*

**KEY WORDS**

*Chile, Management, Public Hospital, User Orientation, Satisfaction.*

## **1. Introducción**

El interés de este estudio radica en la creciente necesidad de conocer el nivel de satisfacción que los usuarios y los pacientes obtienen de los servicios de atención de la salud. Esta dimensión está siendo cada vez más relevante para la formulación y evaluación de políticas sociales a nivel mundial, y en particular, de políticas públicas de salud. Concretamente, el Gobierno de Chile (2002), incluye como uno de los principios básicos de su Ministerio de Salud garantizar la efectividad sanitaria y la eficiencia en la gestión. El objetivo es asegurar el derecho de los chilenos a niveles de salud dignos.

Bajo la premisa de que la satisfacción de los clientes y el logro de los objetivos organizacionales (y sociales) son inseparables (Agus *et al.*, 2000), se hace necesario determinar y supervisar procesos y parámetros relacionados con infraestructura, equipamiento y aspectos de gestión de personal vinculados a una atención integral en salud, con el fin de alcanzar una mayor satisfacción de los usuarios y conseguir una mayor confianza de las personas en dicho sistema.

Así pues, mediante la medición de la ejecución de la organización y de los resultados de la misma, este trabajo tiene como objetivo analizar la posible relación entre dos variables que se han considerado en la literatura de marketing y que entendemos recogen las dos vertientes mencionadas: el grado de orientación al usuario (OU) de la gestión de la organización –para recoger decisiones y ejecución de la organización- y el nivel de satisfacción que alcancen los clientes (SAT) con distintos elementos del servicio prestado –para recoger los resultados obtenidos-. La aplicación se concreta al caso de la gestión pública de centros de salud y cuenta con los datos obtenidos tras el desarrollo de una encuesta dirigida a recoger las percepciones de los usuarios-pacientes de un hospital público regional del sur de Chile. La investigación plantea y contrasta un modelo que supone que la OU de la gestión del hospital es un antecedente de la satisfacción del usuario en sentido positivo.

Aunque existe algún antecedente, el área de estudio en la que se enmarca este trabajo no está resuelta desde la literatura especializada, que actualmente se encuentra en el estadio de exploración de distintos conceptos y de sus posibles relaciones, de manera que no existe una unanimidad o consenso entre los distintos autores inmersos en esta línea de investigación. Así pues, entendemos que este trabajo de investigación tiene no sólo relevancia desde un punto de vista social, sino que también puede servir de apoyo a los gerentes de establecimientos hospitalarios, así como a los cuadros de mando de consultorios y otras unidades relacionadas con el área de la salud, tanto pública como privada, interesados en buscar, desarrollar e

implementar medidas que mejoren el proceso de atención al usuario, logrando así un mayor nivel de satisfacción de sus necesidades.

El documento se divide en secciones que presentan, primero, un resumen de antecedentes sobre el tema, después, la metodología utilizada para el análisis empírico, la aplicación de la misma, los resultados y las conclusiones derivadas.

## **2. Antecedentes y justificación del modelo**

El Ministerio de Salud (1998), de Chile, considera la satisfacción como el resultado de un conjunto de acciones que permitan cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del sector público de salud.

Alvarado y Vera (2001), indican que el estudio del grado de satisfacción es útil para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento en los sistemas de salud. De igual forma, afirman que el grado de satisfacción se ha relacionado con la efectividad de la atención médica: los pacientes con bajos grados de satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan pobres resultados en su nivel de salud (Fitzpatrick, 1997).

Siguiendo a Howard y Sheth (1969), la satisfacción es el estado cognitivo del comprador respecto a la adecuación o inadecuación de la recompensa recibida frente al sacrificio experimentado. En un contexto de prestación de servicios, la satisfacción del cliente (usuario) es un sentimiento que describe una experiencia de uso y que considera la relación entre lo recibido y lo dado a cambio (costes monetarios, físicos, temporales y psíquicos) (Berné, 1997). Esta definición es trasladable al contexto de salud.

Al igual que sucede en otros contextos de investigación, en el de los servicios de salud los investigadores han medido la satisfacción de los usuarios a través de indicadores directos (p.e. Moliner, 2006) o considerando una medición multidimensional que contempla la satisfacción con diversos aspectos del servicio, como la entrega de información, la accesibilidad, la humanización del proceso, la atención prestada a problemas psico-sociales, etc. (véase Moliner y Moliner, 1996; Ortiz *et al.* 2004; Seclen-Palacín *et al.* 2004).

Los resultados obtenidos en los distintos estudios están estrechamente relacionados con la técnica de medición utilizada. Esta es una limitación importante para la comparación de los mismos (Alvarado y Vera, 2001). Siguiendo los objetivos del actual trabajo y considerando

las aportaciones del segundo grupo de investigadores mencionado, nosotros consideramos que la satisfacción es un concepto multidimensional.

Por otra parte, las organizaciones de salud, especialmente los hospitales, están entrando en una fase más orientada hacia el mercado, y bajo estas nuevas circunstancias, están desarrollando una gestión más orientada hacia el cliente (Eiriz y Figueiredo, 2004).

El enfoque de orientación al cliente o usuario recoge la orientación de los procesos de gestión de la institución hospitalaria, en este caso, hacia una respuesta satisfactoria a las necesidades y expectativas de los usuarios, de tal manera que se garantice la prestación de un nivel elevado y estable de calidad en el tiempo (Servicio de Salud Aconcagua, 2003). Por tanto, la adopción de esta orientación, precisa identificar los factores implicados, para posteriormente medir niveles de entrega de los mismos desde las percepciones de los propios usuarios. Esta metodología puede ser útil en cualquier ente público sanitario, independientemente de su tamaño y capacidad financiera (Moliner y Moliner, 1996).

Probablemente por tratarse de un servicio muy dependiente de capacidades y habilidades de alta especialización y por lo tanto sujeto a un elevado nivel de confianza en el principal prestatario, esto es, el personal médico (incluso un nivel obligado cuando se trata de prestación pública), es más difícil definir niveles de entrega del servicio en salud que en otro tipo de servicios. No obstante, es importante identificar indicadores del nivel de prestación, ya que éstos pueden proporcionar herramientas de supervisión y de feed-back. No en vano, los usuarios consideran aspectos relacionados con la gestión a la hora de valorar al sector en su conjunto, habiéndose demostrado que los pacientes ponen un menor énfasis en atributos difíciles de valorar y confían más en atributos ligados a la experiencia para juzgar el servicio (Donabedian, 1985). De esta forma, el énfasis principal debe estar en aspectos del proceso de entrega del servicio (ver Figura 1).

En cualquier caso, los conceptos que se manejan se han encontrado en el centro del debate en la investigación más especializada. Rust y Oliver (1994), afirmaban que la faceta más interesante que afrontan los estudiosos del marketing de servicios es la interacción entre calidad, satisfacción y valor.

Así, el debate de los años noventa cuestiona la relación entre la calidad percibida y la satisfacción. Algunos autores sugieren, a partir de sus trabajos empíricos, que la calidad percibida es un precursor de la satisfacción, mientras que otros mantienen que la satisfacción es un antecedente de la calidad. Sin embargo, la relación también puede ser cíclica, de manera

que la calidad percibida es un antecedente de la satisfacción y, a su vez, un mayor nivel de satisfacción del cliente refuerza sus percepciones de calidad (Berné *et al.*, 1996), tanto más cuanto el servicio sea más dependiente de la personalización de su entrega. Este es el caso de los servicios de salud, cuya evaluación es más variable en función del nivel de experiencia, son servicios sujetos a una mayor heterogeneidad y los resultados pueden ser muy distintos a nivel individual.

Trabajos más recientes (p.e. Moliner, 2006), plantean y encuentran una relación directa entre el valor percibido de un hospital público y otro privado, y la satisfacción de los usuarios con los mismos. Si bien, el tratamiento del valor percibido en este trabajo puede confundirse con la definición anterior de satisfacción y la satisfacción es medida directamente y definida como una comparación entre el valor esperado antes de la compra (disfrute del servicio) y el valor percibido después de la compra; definición muy aproximada a la de calidad percibida en muchos trabajos (p.e. Grönroos, 1988, Parasuraman *et al.* 1985, 1988, 1991).

Con todo, entendemos que es importante arrojar más luz al debate inconcluso desde la perspectiva de los propios usuarios, considerando la relación posible entre la orientación de la gestión al usuario y la satisfacción del mismo. Para ello identificaremos primero los factores componentes del grado de orientación al usuario por parte de la gestión del centro de salud, así como aquellos otros que recogen la satisfacción del usuario con elementos del servicio. Con ello, estamos presumiendo que estos dos conceptos pueden ser vistos como variables latentes multidimensionales, a partir de la medición de las cuales podemos contrastar la hipótesis general de que un mayor grado de orientación al usuario en los aspectos de gestión del centro de salud, percibido por los propios usuarios, tendrá una incidencia positiva en la satisfacción manifiesta por los mismos con elementos asociados al servicio del cuidado de la salud.

De confirmarse la hipótesis, el estudio constituiría una base para la puesta en marcha de mejoras en el centro asistencial de referencia que primaran aquellos aspectos considerados más relevantes en la formación de la orientación al usuario de la gestión, con la consecuente mayor satisfacción de sus clientes.

### **3. La obtención de la información: el hospital y los usuarios**

El hospital del que se obtuvo la muestra de usuarios y donde se aplicó el cuestionario es una entidad pública que presta servicios de nivel secundario y terciario, y que atiende en especial

a la población de las distintas comunas de su provincia, con una cobertura de aproximadamente 200.000 habitantes. Es centro de referencia de especialidades para otras provincias y regiones del sur de Chile y cuenta con distintos Servicios Clínicos (Medicina, Cirugía, Pediatría, Oncología, etc.), unidades de Apoyo Diagnóstico (Laboratorio, Banco de Sangre, etc.), otras de Apoyo Clínico (Pabellones, Emergencia, U.T.I, etc.), varias de Apoyo Administrativo y también unidades de Operaciones y Mantenimiento de infraestructura.

La información que sirve a los objetivos de este estudio fue obtenida mediante una encuesta estructurada, diseñada para el efecto, y dirigida a usuarios de este centro hospitalario. Debido a la amplitud de población que atiende este hospital, se decidió extraer una muestra por cuotas para obtener la información pertinente. Ésta se formó con 200 pacientes/usuarios, hombres y mujeres mayores de 15 años, cuya composición se distribuye entre los servicios del consultorio ambulatorio externo (75%) y los servicios de hospitalización (25% restante), siguiendo la información sobre porcentajes de atención diaria ofrecida por el hospital<sup>2</sup>. Las encuestas se realizaron en el propio hospital, durante los meses de Septiembre y Octubre del año 2003. Los pacientes de ambulatorio eran encuestados al finalizar su atención en el consultorio y los hospitalizados en sus salas respectivas previa autorización médica.

Del Consultorio Ambulatorio Externo se consideraron las especialidades que poseen mayores prestaciones dentro de un año normal. Los Servicios de Hospitalización se consideraron en sus respectivas especialidades, así como todo lo referente al entorno social de la atención (relación entre el personal funcionario y el usuario), el entorno físico (infraestructura) y los procesos administrativos del servicio. Con todo, el cuestionario se estructuraba en dos grandes bloques de cuestiones planteadas con una escala Likert de siete puntos, dirigidas a obtener información sobre las percepciones de los encuestados. El primer bloque de preguntas contenía 28 afirmaciones sobre las que se recogía desde “Nunca” (valor 1), hasta “Siempre”, (valor 7), la opinión del usuario sobre afirmaciones relativas a la orientación de la gestión del establecimiento hospitalario hacia el propio usuario. El segundo bloque consideraba 20 ítems dirigidos a medir el grado de satisfacción del usuario, desde “Completamente Insatisfecho” (1), hasta “Completamente Satisfecho” (7), con distintos elementos del servicio prestado (Ver Tabla1).

El trabajo empírico a desarrollar requiere la medición de las variables consideradas en el modelo propuesto, esto es, la orientación al usuario de la gestión del hospital y su satisfacción

---

<sup>2</sup> Se consideró una única muestra. El hospital es el único cubierto por financiación estatal de la provincia de manera que prácticamente toda la muestra tenía experiencia tanto en ambulatorio externo como en hospitalización.

con diversos componentes del servicio recibido. La técnica aplicada, el análisis factorial<sup>3</sup>, permite desarrollar ambas escalas de medición y validarlas. Posteriormente, se lleva a cabo la realización del contraste del modelo estructural. La determinación de la validez y fiabilidad del instrumento de medida se realiza siguiendo a Bagozzi y Phillips (1982), Bollen (1989) y Escrig y Bou (2002)

#### **4. Medición de la Orientación al Usuario y de la Satisfacción y contraste de su relación**

A cada uno de los dos bloques de preguntas (indicadores o ítems del cuestionario), se le aplicó primero la técnica de reducción de datos a través de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), mediante el método de extracción de componentes principales (Harman, 1967; Sharma, 1996), con rotación Varimax. Este análisis indicó una adecuación de los datos para las mismas, permitiendo la agrupación de los ítems en factores<sup>4</sup>.

El análisis de fiabilidad mediante Alpha de Cronbach, propuesto por Nunnally (1987) y Churchill (1979), determinó valores superiores a 0.9 para ambas dimensiones, mínimo valor requerido en estudios aplicados. Siguiendo los criterios habituales se eliminaron seis ítems de la dimensión “Orientación al Usuario”<sup>5</sup> y uno de la dimensión “Satisfacción”<sup>6</sup>. Siguiendo con este método, los porcentajes de varianza específica arrojaban en ambos casos valores muy próximos al 70%. La aplicación del método da lugar a una estructura factorial que se presenta en la Tabla 1, con cinco factores, para un total de veintidós ítems en el caso de OU y con otros cinco factores para diecinueve ítems en el caso de SAT. Tal como se presenta a continuación, primero para el caso de OU.

- OU<sub>1</sub>, u *Orientación al Usuario en compromiso y gestión de la información*. Este factor incorpora variables relacionadas con un compromiso y comunicación permanente con el usuario.

---

<sup>3</sup> Se realizó primero un Análisis Factorial Exploratorio, utilizando el programa estadístico SPSS 12.0. Posteriormente se aplicó un Análisis Factorial Confirmatorio, mediante EQS 6.1.

<sup>4</sup> Dado que el índice de Kaiser, Meyer y Olkin superó el valor de 0.8 en ambos casos y los tests de esfericidad de Bartlett presentaron valores altamente significativos.

<sup>5</sup> V6 “Solución alternativa a problemas de atención”, V7 “Contacto Permanente con usuarios” y V8 “Contacto directo con personal”, son eliminadas al presentar una alta especificidad que se refleja al asociarse cada una a un único factor. La variable V13 “Trabajo coordinado de los servicios”, es también eliminada al presentar una comunalidad inferior al valor recomendado (0.5). Las variables V14 “Compromiso y disposición de funcionarios” y V15 “Capacidades y Habilidades de médicos” son eliminadas al presentar cargas en más de dos factores.

<sup>6</sup> Se elimina V46 por baja comunalidad.



- OU<sub>2</sub>, *Orientación al Usuario en la gestión de reclamaciones*. Los ítems observables dentro de este factor dicen relación con el manejo de la Oficina de Informaciones tanto para orientar al usuario como para recibir sus quejas y reclamos. Este factor es el que explica un mayor porcentaje de la varianza total.
- OU<sub>3</sub>, *Orientación al Usuario en la atención de la salud*. Las variables asociadas a este factor se relacionan con las capacidades de personal de enfermería y auxiliar, para brindar una atención adecuada al usuario.
- OU<sub>4</sub>, *Orientación al Usuario en capacitación y trato de funcionarios*. Este factor está asociado al trato que prestan los funcionarios, médicos y administrativos, al usuario atendido en el hospital.
- OU<sub>5</sub>, *Orientación al Usuario en compromiso con el mismo*. Las variables involucradas en este factor se asocian al compromiso tanto de funcionarios como de los distintos servicios por brindar una solución integral al usuario con respecto a sus necesidades de salud.

La Satisfacción del Usuario con elementos del servicio prestado se estructura en los siguientes factores:

- SAT<sub>1</sub>, *Satisfacción con la estancia* (habitaciones, baños y alimentación). Los ítems observables dentro de esta factor tienen relación con las comodidades de las habitaciones de hospitalizados, incluyendo mobiliario y limpieza, la alimentación que se brinda, y el número y ubicación de los baños.
- SAT<sub>2</sub>, *Satisfacción con atención recibida* (trámites y tiempos de atención). Las variables asociadas a este factor se refieren a los procesos y trámites de horas médicas y de ingreso a hospitalización como también de los tiempos de espera para la atención y los propios tiempos de atención. Este siempre ha sido uno de los puntos más criticados al sistema público de atención de salud.
- SAT<sub>3</sub>, *Satisfacción con infraestructuras*. Los indicadores de este factor se refieren a las comodidades y facilidades que brinda la infraestructura del establecimiento para facilitar la atención y la circulación por el mismo, así como las políticas y acciones de mantenimiento de dicha infraestructura para brindar seguridad al usuario.
- SAT<sub>4</sub>, *Satisfacción con salas de espera y señalizaciones del hospital*. Este factor se refiere a la satisfacción con las señalizaciones dentro del recinto hospitalario y a las comodidades que brindan las salas de espera.

- SAT<sub>5</sub>, *Satisfacción con la asistencia social y espiritual prestada por el centro hospitalario.*

Una vez identificados los factores subyacentes a la estructura de los datos, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio<sup>7</sup> (AFC) con el fin de evaluar la fiabilidad y la validez de las escalas de medida de OU y de SAT.

Inicialmente estimamos el modelo AFC de primer orden para cada dimensión. Los indicadores de ajuste de estos modelos de primer orden son adecuados y justifican el desarrollo de un análisis factorial de segundo orden, dado que las correlaciones entre las dimensiones de primer orden son altas pero inferiores a 0.8 (Barrio y Luque, 2000).

La validez de contenido se mide de forma subjetiva por los investigadores (Bollen, 1989). En este estudio, la validez de contenido de los dos modelos de medida se sustenta en un análisis cualitativo previo llevado a cabo en dos centros de salud públicos: reuniones concertadas y entrevistas dirigidas a directivos y administrativos, revisión de documentación proporcionada por los centros, entre ella, encuestas dirigidas a los pacientes y otro trabajo de observación in situ. Los estudios previos de Bruster, S. *et al.* (1994), Alvarado y Vera (2001), Bigné *et al.* (2001), Dos Reis *et al.*, (2003) fueron también considerados en la elaboración de la lista inicial de indicadores.

Los AFC de segundo orden se aplican a ambas dimensiones, OU y SAT, provocando algunos cambios en el contenido de los factores obtenidos con el AFE<sup>8</sup> (Tabla 2). Los índices de bondad del ajuste de ambos modelos son satisfactorios<sup>9</sup>. Los parámetros estandarizados estimados, que se presentan en la Tabla 3, indican sustancialidad, ya que presentan un valor superior al recomendado de 0.5 (Hildebrandt, 1987), así como nivel de significatividad (Anderson y Gerbing, 1988). Estos datos comprueban la validez convergente<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> Modelo de Medida con estimación de parámetros "ML Robust".

<sup>8</sup> La consideración del estadístico R<sup>2</sup> asociado a cada indicador (fiabilidad individual) inferior al valor recomendado de 0.5 (Hair et al., 1999) conduce a la eliminación de seis ítems de la dimensión "Orientación al Usuario": V1 "Preocupación real del hospital", V2 "Funcionamiento del hospital", V10 "Personal usa información confidencial", V16 "Trato de los médicos", V17 "Información clara y precisa de los médicos", V22 "Medios apropiados (oficina, reclamos)" y V28 "Educación del servicio a acudir", y de siete ítems de la dimensión "Satisfacción del Usuario": V32 "Comodidad y cantidad de asientos Sala de Espera", V38 "Número y ubicación de baños de usuarios", V39 "Comodidad, limpieza y mantenimiento de baños de usuario", V45 "Tiempo dedicado a la atención personal", V47 "Asistencia social ofrecida", V48 "Accesos a sacerdotes y pastores" y V49 "Medios y facilidades para opinar". Dicha dimensión ahora se estructura con cuatro factores.

<sup>9</sup> Dada la ausencia de consenso sobre el valor óptimo recomendado para cada índice de ajuste hemos optado en este trabajo por adoptar la posición más exigente y conservadora. Sin embargo, existen otros planteamientos que relajan estas exigencias y que de haberse fijado como criterios recomendados harían que la práctica totalidad de los índices de la Tabla 2 alcanzaran ese valor óptimo. Así, por ejemplo, autores como Mueller (1996), consideran suficientes resultados superiores a 0.8 para los índices GFI y AGFI, criterio que ahora se cumple.

<sup>10</sup> Para evaluar la validez convergente, se considera cada indicador de una escala como un enfoque diferente para medir el mismo concepto (Escrig y Bou, 2002). Bollen (1989), sugiere estimar la validez convergente de un indicador a partir de la

Para evaluar la fiabilidad de los parámetros del modelo se utilizan los coeficientes de fiabilidad que evidencian la precisión con la que se infieren las variables latentes de las variables observadas: el Coeficiente de Fornell y Larcker (1981), que llamaremos CF1 (valor recomendado  $CF1 > 0,5$ ), y que recoge la proporción de varianza explicada de un grupo de medidas por la variable latente, y el Coeficiente Omega de McDonald, que llamaremos CF2 (valor recomendado  $> 0,7$ ), y que recoge la fiabilidad compuesta del constructo. Para estimar la fiabilidad de los indicadores se obtiene el coeficiente de correlación múltiple al cuadrado de cada indicador ( $R^2$ ), tal como lo señalan Bollen (1989) y Mueller (1996). Los resultados muestran que, en conjunto, las variables observables presentan una fiabilidad adecuada (ver Tabla 4).

La validez discriminante<sup>11</sup> se verifica para cada dimensión (ver Tabla 5), calculando todas las correlaciones posibles entre los constructos (Anderson y Gerbing, 1988).

Por tanto, se puede decir, de acuerdo a los resultados del AFC, que se han confirmado dos modelos de medida, de tal manera que, por un lado, la dimensión global, Orientación al Usuario (OU), es una variable latente formada a su vez por cinco dimensiones de primer orden, destacando entre ellas las dimensiones  $OU_1$  (orientación al usuario en el compromiso y gestión de la información) y  $OU_3$  (orientación al usuario en la atención médica prestada por el personal), debido a sus mayores cargas factoriales y su mayor fiabilidad. Por otra parte, la dimensión global Satisfacción del usuario con elementos del servicio (SAT) es una latente formada por cuatro dimensiones de primer orden, entre las que destacan por su mayor incidencia las dimensiones  $SAT_1$ , esto es, la satisfacción del usuario con la estancia, que incluye servicio relativo a habitaciones, baños y alimentación, y  $SAT_2$ , la satisfacción con la atención recibida, que incluye el servicio de gestión de trámites y de tiempos de atención.

Una vez efectuados los AFC para las dos variables latentes y validadas las escalas de medición, destinamos última fase a estimar el modelo global que contrasta la hipótesis formulada. Para ello, hemos aplicado la metodología de modelos de ecuaciones estructurales. El modelo causa-efecto y los resultados obtenidos se presentan en la Figura 2. El ajuste del modelo, a razón del valor de los indicadores obtenidos de bondad, es satisfactorio. Un porcentaje cercano al 70% de la satisfacción global tal como se ha medido viene explicado por la orientación al usuario de la gestión.

---

magnitud de las cargas factoriales. Anderson y Gerbing (1982), aconsejan analizarla a partir de los coeficientes de los valores del estadístico T-Student.

<sup>11</sup> La validez discriminante indica que las escalas del modelo de medida representan conceptos abstractos sustancialmente diferentes, esto es, garantiza que los diferentes conceptos abstractos se refieren a significados teóricos distintos y es posible rechazar la hipótesis de que forman uno sólo.

Consecuentemente, la satisfacción de los usuarios con los servicios prestados por el hospital se ve condicionada positivamente por el grado de orientación de la gestión al usuario, percibido por los propios usuarios. De manera que cuanto más orientada hacia el usuario esté la gestión del centro hospitalario, mayor será el grado de satisfacción que manifiesten los pacientes. Se acepta así la hipótesis formulada.

## **5. Conclusiones**

El trabajo realizado ha pretendido poner de manifiesto el interés que tiene estudiar la relación entre la orientación a los usuarios de la gestión de los centros hospitalarios y la satisfacción de los mismos. Para ello se aporta primero una revisión de la investigación precedente que pone de manifiesto la inexistencia de un acuerdo sobre la medición de variables cognitivas y el estudio de sus relaciones en el ámbito de servicios de salud.

En el apartado aplicado, la investigación desarrollada nos ha permitido obtener dos escalas de medida válidas de la orientación de la gestión hacia el usuario y de la satisfacción del mismo con elementos del servicio. Estas dos variables se confirman como variables latentes o dimensiones de segundo orden (conceptos de orden superior subyacentes, no observados directamente).

La Orientación al Usuario se mide a través de cinco dimensiones de primer orden y quince ítems. Se trata de la orientación al usuario en compromiso y gestión de la información, la orientación al usuario en la gestión de reclamaciones, la orientación al usuario en la atención de la salud por enfermeras y auxiliares (capacitación de los mismos y trato ofrecido al paciente), la orientación al usuario en la capacitación y el trato de funcionarios y la orientación al usuario en el compromiso de la gestión del hospital con el mismo. De entre ellas, la dimensión relativa a los aspectos de capacitación y trato de enfermeras y auxiliares es la que tiene un mayor peso en la formación de la dimensión de segundo orden. Sin embargo, la percepción de capacidades, habilidades, trato e información prestada, del personal médico de nivel superior (médicos), no son elementos imprescindibles en la valoración del usuario de la gestión que lleva a cabo el centro. Diferentes resultados se han venido observando en estudios anteriores en este sentido. Por ejemplo, Bigné *et al.* (2001), encontraron que el trato de los médicos era menos importante sobre las percepciones de calidad que el servicio de habitaciones, aunque Ortiz *et al.* (2004), en un estudio sobre motivos de insatisfacción, aplicado a 15 hospitales, tanto públicos como privados, de Hidalgo (México), encontró que un

motivo de insatisfacción del usuario es la actitud poco amable de los médicos. Probablemente para el paciente es más difícil valorar las habilidades de un personal que debe presumir capacitado, más cuando se trata de valorar un servicio público sobre el que no tiene alternativa.

Por otra parte, la Satisfacción del Usuario con elementos del servicio está formada por cuatro dimensiones de primer orden y doce indicadores: la satisfacción con la estancia en el hospital, sobre todo la interna (habitaciones, baños y alimentación), la satisfacción con los tiempos de atención y otros trámites, la satisfacción con la infraestructura del edificio hospitalario y la satisfacción con las salas de espera y las señalizaciones del hospital, destacándose las dos primeras por sus mayores cargas factoriales y fiabilidad. Aunque este estudio sirve al caso específico al que se aplica, los resultados se encuentran en la línea de los obtenidos en otras aplicaciones a hospitales, donde la atención de los tiempos de espera resultaba un elemento crítico de la gestión (p.e. Seclen-Palacín et al., 2004, Ortiz *et al.*, 2004)

Además, hemos comprobado que la orientación al usuario de la gestión hospitalaria es un antecedente de la satisfacción global del mismo con el servicio proporcionado por el hospital, arrojando algunas luces sobre la investigación precedente.

Estos resultados apuntan algunas implicaciones para la gerencia del centro, la cual debe reunir la mayor parte de sus esfuerzos en la dirección del servicio prestado por personal de enfermería, personal auxiliar y personal administrativo. Después, los recursos se deben dirigir a prestar un servicio más personalizado, a una mayor coordinación entre las distintas secciones y especialidades que incremente la imagen de una gestión integralmente comprometida con la satisfacción de las necesidades de salud de los pacientes. Con un nivel menor de exigencia, pero también reconociendo cierta incidencia en resultados, la gestión debe prestar especial atención a la oficina de información y reclamaciones (o departamento de atención al paciente). Incidiendo en la mejora de estos aspectos se asegurará un incremento de la satisfacción del paciente.

Esta investigación pretende ser ampliada mediante el estudio de relaciones directas entre las distintas dimensiones de primer orden de las dos variables latentes y la propuesta de un modelo teórico que considere una extensión de la relación aquí comprobada, estudiando la inclusión de la variable calidad percibida y el planteamiento de un ciclo recursivo con la satisfacción.

Por otro lado, puesto que el trabajo aquí desarrollado ha sido una aplicación a un caso concreto, es de interés replicar el estudio a otras bases de datos vinculadas con otros centros hospitalarios. Entendemos que de este modo se podrá contribuir al cuerpo de conocimiento existente actualmente al respecto y proporcionar una mayor ayuda a la gestión pública de la salud.

## **6. Referencias bibliográficas**

AGUS, A. KRISHNAN, S.K.; KADIR, S. (2000). The Structural Impact of Total Quality Management on Financial Performance Relative to Competitors through Customer Satisfaction: a Study of Malaysian Manufacturing Companies. *Total Quality Management*. Vol. 11, 4-6, July 1; pgs. 808-819.

ALVARADO, R. y VERA, A. (2001). Evaluación de la Satisfacción de Usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud, *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 5, nº 2-3, pgs. 81-89.

ANDERSON, J.C. y GERBING, D.W. (1988). Structural Equation Modelling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach, *Psychological Bulletin*, Vol. 103, nº 3, pgs. 411-423.

BAGOZZI, R.P. y PHILLIPS, L.W. (1982). Representing and Testing Organizational Theories: a Holistic Construct, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 27, pgs. 458-489.

BALLESTEROS, A.; GARCÍA, A.; FONTCUBERTA, J.; SÁNCHEZ F.; PÉREZ-CRESPO, C.; ALCÁZAR, F. (2003). ¿La Demora en la Consulta de Atención Primaria: se Puede Mejorar?. *Atención Primaria*; 31 (6), pgs. 377-81.

BARRIO, S. y LUQUE, T. (2000). Análisis de Ecuaciones Estructurales, en Luque, T. (coord), *Técnicas de Análisis de Datos en Investigación de Mercados*, Pirámide eds.

BERNÉ, C. (1997). Modelización de la Poscompra: Satisfacción y Lealtad. El Comportamiento del Consumidor. Ariel Economía. J. M. Múgica y Ruiz de Maya, S. eds. pgs. 163-180.

BERNÉ, C; MÚGICA, J.M. y YAGÜE, M.J. (1996). La Gestión Estratégica y los Conceptos de Calidad Percibida, Satisfacción del Cliente y Lealtad, *Economía Industrial*, nº 307, enero-Febrero, pgs. 63-74.

BIGNÉ, E.; MOLINER, M.A.; SÁNCHEZ, J. (2001). Efectos Moderadores en las Relaciones entre Calidad y Satisfacción en los Servicios Públicos. Un Enfoque de Organización Multiservicio. Libro de Actas del XIII Encuentro de Profesores Universitarios de Marketing (EPUM). Universidad de Málaga. Septiembre, pgs. 113-126.

BOLLEN, K.A. (1989). Structural Equations with Latent Variables, John Wiley, New York: Interscience Publication.

BRUSTER S, JARMAN B, BOSANQUET N, WESTON D, ERENS R, DELBANCO T. (1994). National Survey of Hospital Patients. En: BMJ (Clinical Research ed.); 309, pgs. 1542-1546.

CHURCHILL, G.A. (1979). A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs, Journal Marketing Research, Vol. 16, february, pgs. 64-77.

DONABEDIAN, A. (1985). The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis., Michigan, IN.: Ann Arbor.

DOS REIS, A. J.; RAPOSO, M. L.; DO PAÇO (2003). Estudio sobre la Satisfacción de los Usuarios de una Unidad de Salud. Libro de actas de las II Jornadas Internacionales de Marketing Público y No Lucrativo. Universidad de Zaragoza. Abril, pgs. 141-152.

EIRIZ, V. y FIGUEIREDO, J. (2004). Evaluación de Calidad de los Servicios de Salud Basados en la Relación Cliente-Proveedor, Actas del III Congreso Internacional de Marketing Público y No Lucrativo., Covilha (Portugal), abril.

ESCRIG, A.B. y BOU, J.C. (2002). Desarrollo y Validación de un Instrumento de Medida de la Dirección de la Calidad: una Propuesta de Mejora, Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa, Vol. 8, nº 1, pgs. 151-176.

FITZPATRICK, R. (1997). The Assessment of Patient Satisfaction, en: Assessment and Evaluation of Health and Medical Care: A methods text. London, UK: Open University Press.

FORNELL, C. y LARCKER, D.F. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error, Journal Marketing Research, Vol.18, pgs. 39-50.

GOBIERNO DE CHILE (2002). Hacia un Nuevo Modelo de Gestión en Salud, en: <http://www.saludyfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf> , junio. [Accesado el 22 de marzo de 2006].

- GRÖNROOS, Ch. (1988). *Service Quality: The Six Criteria of Good Service Quality*. Review of Business, 3. New York: St. John's University Press.
- HAIR, J. F.; ANDERSON, R.; TATHAM, R. y BLACK, W. (1999). *Análisis Multivariante*, 5ª ed, Madrid: Prentice-Hall Iberia.
- HARMAN, H.H. (1967). *Modern Factor Analysis*, Chicago: University of Chicago Press.
- HILDEBRANT, J. (1987). *Consumer Retail Satisfaction. A Reanalysis for Survey Data*, Journal of Economic Psychology, Vol. 8, pgs. 19-42.
- HOWARD, J.A. y SHETH, J.N. (1969). *The Theory of Buyer Behavior*. Nueva York. John Wiley & Sons.
- KOJO-AUSTIN, H.; MALIN, M.; HEMNINKI, H. (1993). *Women's Satisfaction with Maternity Health Care Services in Finland*. Soc Sci Med. ; (37), pgs. 633-8.
- MINISTERIO DE SALUD (1998). *La Satisfacción del Usuario: Concepto y Medición: Una Herramienta de Gestión en el Sistema de Salud, Programa de Evaluación y Mejoramiento de la Calidad - DISAP – MINSAL*.
- MOLINER, M.A. (2006). *Hospital Perceived Value*. Health Care Managment Review, 31 (4) pgs, 1-9.
- MOLINER, M. y MOLINER, J. (1996). *La Calidad Percibida del Servicio de un Centro de Planificación Familiar: un Enfoque de Marketing, Atención Primaria*, Vol. 17, nº 6, pgs. 400-407.
- MUELLER, R.O. (1996). *Basic Principles of Structural Equation Modeling. An Introduction to LISREL and EQS*, Springer Texts in Statistics.
- NUNNALLY, J.C. (1987). *Teoría Psicométrica*. Trillas eds.
- ORTIZ, R., MUÑOZ, S. y TORRES, E. (2004). *Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México*. Revista Española de Salud Pública; nº 4 Julio-Agosto, 78. pgs. 527-537.
- PARASURAMAN, A., BERRY, L.L. y ZEITHAML, V.A. (1985). *A Conceptual Model of Service Quality and its Imipliations for Future Research*. Journal of Marketing. Vol. 49; pgs. 41-50.
- PARASURAMAN, A., BERRY, L.L. y ZEITHAML, V.A. (1988). *SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. Journal of Retailing. Vol. 64 (1). Spring, pgs. 12-40.



PARASURAMAN, A., BERRY, L.L. y ZEITHAML, V.A. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Retailing. Vol. 67 (4). Winter; pgs. 420-450.

RUST, R.T. y OLIVER, R.L. (1994). Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. En: Service Quality: New Directions in Theory and Practice, Rust y Oliver eds., Sage Publications.

SECLÉN-PALACÍN, J., BENAVIDES, B., JACOBY, E., VELÁSQUEZ, A. y WATANABE, W. (2004). ¿Existe una Relación entre los Programas de mejora de la Calidad y la Satisfacción de Usuaris de Atención Prenatal?: Experiencia en Hospitales del Perú. Revista Panamericana de Salud Pública, 16 (3); pgs. 149-157.

SERVICIO DE SALUD ACONCAGUA (2003). Modelo de Relación con el Usuario, Hospital San Juan de Dios de Los Andes (ed.).

SHARMA, S. (1996). Applied Multivariate Techniques, New York: Wiley eds.

VANDAMME, R. y LEUNIS, J. (1993). Development of a Múltiple-items Scale for Measuring Hospital Service Quality, International Journal of Service Industry Management, N° 4 (3), pgs. 30-49.

TABLA 1  
RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO (AFE)

CRITERIOS	Factores	Varianza Explicada	ITEMS OBSERVADOS	Alpha Cronbach
<b>ORIENTACION AL USUARIO</b>  (62,03 % Varianza Total Explicada; 35 % Residuo) $\alpha = 0.92$	OU <sub>1</sub> Orientación al usuario en compromiso y gestión de la información	13.47%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V9 Personal con información del caso particular</li> <li>• V10 Personal usa información confidencial</li> <li>• V11 Comunicación permanente con usuario</li> <li>• V12 Mantener interés en estado de salud del usuario</li> </ul>	<b>0.78</b>
	OU <sub>2</sub> Orientación al usuario en la gestión de reclamaciones	21.72%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V22 Medios apropiados (oficina, reclamos)</li> <li>• V23 Oficina de Informaciones en lugar visible</li> <li>• V24 Trato del personal de Oficina de Informaciones</li> <li>• V25 Disposición para atender reclamos</li> <li>• V26 Preocupación por resolver quejas</li> <li>• V27 Información sobre derechos y deberes de usuarios</li> </ul>	<b>0.90</b>
	OU <sub>3</sub> Orientación al usuario en la atención de la salud	7.92%	<ul style="list-style-type: none"> <li>• V18 Capacidades de personal de enfermería y auxiliares</li> <li>• V19 Trato de enfermería y auxiliares</li> </ul>	<b>0.84</b>

LA ORIENTACION AL USUARIO DE LA GESTIÓN COMO ANTECEDENTE DE LA SATISFACCIÓN. UNA APLICACIÓN A SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

	OU <sub>4</sub> Orientación al usuario en capacitación y trato de funcionarios	11.95%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V16 Trato de los médicos</li> <li>V17 Información clara y precisa de los médicos</li> <li>V20 Conocimiento funcionarios administrativos</li> <li>V21 Trato funcionarios administrativos</li> </ul>	<b>0.80</b>
	OU <sub>5</sub> Orientación al usuario en compromiso con el mismo	14.35%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V1 Preocupación real del hospital</li> <li>V2 Funcionamiento del hospital</li> <li>V3 Funcionarios comprometidos con satisfacción de usuarios</li> <li>V4 Todos los servicios del hospital comprometidos con usuarios</li> <li>V5 Hospital brinda solución integral al usuario</li> <li>V28 Educación del servicio a acudir</li> </ul>	<b>0.78</b>
<b>SATISFACCION DEL USUARIO CON ELEMENTOS DEL SERVICIO</b> (69.40 % Varianza Total Explicada; 41 % Residuo) <b>α = 0.90</b>	SAT <sub>1</sub> Satisfacción con la estancia (habitaciones, baños y alimentación)	21,51%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V33 Comodidades salas de hospitalizados</li> <li>V34 Comodidad de camas y ropa de cama</li> <li>V35 Comodidad muebles de salas de hospitalización</li> <li>V36 Limpieza salas hospital, espera y pasillos de circulación</li> <li>V37 Alimentación en el período de hospitalización</li> <li>V38 Número y ubicación de baños de usuarios</li> <li>V39 Comodidad y limpieza de baños</li> </ul>	<b>0.87</b>
	SAT <sub>2</sub> Satisfacción con atención recibida (trámites y tiempos de atención)	16.16%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V42 Proceso de tramitación horas médicas</li> <li>V43 Trámite de ingreso a hospitalización</li> <li>V44 Tiempo de espera para la atención</li> <li>V45 Tiempo dedicado a la atención personal</li> </ul>	<b>0.87</b>
	SAT <sub>3</sub> Satisfacción con infraestructura	10.44%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V40 Comodidad y facilidades de circulación</li> <li>V41 Mantenimiento de instalaciones para una atención segura</li> </ul>	<b>0.77</b>
	SAT <sub>4</sub> Satisfacción con salas de espera y señalizaciones del hospital	11.57%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V30 Señalizaciones recinto del hospital</li> <li>V31 Comodidades salas de espera</li> <li>V32 Comodidad y cantidad de asientos Sala de Espera</li> </ul>	<b>0.76</b>
	SAT <sub>5</sub> Satisfacción con asistencia social y espiritual	9.68%	<ul style="list-style-type: none"> <li>V47 Asistencia social ofrecida</li> <li>V48 Accesos a sacerdotes y pastores</li> <li>V49 Medios y facilidades para opinar</li> </ul>	<b>0.66</b>

TABLA 2  
INDICADORES DE BONDAD DEL AJUSTE-AFC-SO

Modelos Estimado	g.l.	p-valor	$\chi^2_{(S-B)}$	NC	GFI	AGFI	BB NFI	BB NNFI	R-CFI	RMSEA
OU	85	0.01725	114.8275	1.35	0.847	0.810	0.868	0.952	0.961	0.052
SAT	50	0.07503	65.0279	1.30	0.869	0.80	0.852	0.947	0.960	0.048

LA ORIENTACION AL USUARIO DE LA GESTIÓN COMO ANTECEDENTE DE LA SATISFACCIÓN. UNA APLICACIÓN A SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

TABLA 3  
CARGAS FACTORIALES ESTANDARIZADAS AFC

PRIMERA DIMENSION		OU <sub>1</sub>	OU <sub>2</sub>	OU <sub>3</sub>	OU <sub>4</sub>	OU <sub>5</sub>									t-valor
Personal con información caso personal	V9	0.79													*
Comunicación permanente con usuarios	V11	0.71													7.28
Mantener interés estado salud usuario	V12	0.69													7.26
Oficina Informaciones en lugar visible	V23		0.76												*
Trato personal de informaciones	V24		0.74												10.15
Disposición para atender reclamos	V25		0.69												7.84
Preocupación por resolver quejas	V26		0.77												10.40
Información derechos y deberes usuarios	V27		0.71												8.05
Recomendación de enfermería y auxiliares	V18			0.88											*
Trato enfermería y auxiliares	V19			0.78											12.07
Conocimiento funcionarios administrativos	V20				0.88										*
Trato funcionarios administrativos	V21				0.74										6.71
Funcionarios comprometidos	V3					0.83									*
Todos los servicios comprometidos	V4					0.69									5.53
Hospital brinda solución integral	V5					0.70									7.81
<b>SEGUNDA DIMENSION</b>							SAT <sub>1</sub>	SAT <sub>2</sub>	SAT <sub>3</sub>	SAT <sub>4</sub>					<b>t-valor</b>
Comodidades salas hospitalizados	V33						0.69								*
Comodidad camas y ropa cama	V34						0.80								7.18
Comodidad muebles salas hospitalizados	V35						0.66								5.85
Limpieza salas hospital, espera y pasillos	V36						0.71								7.48
Alimentación período hospitalización	V37						0.66								6.39
Proceso tramitación horas médicas	V42							0.81							*
Ingreso a Hospitalización	V43							0.71							5.36
Tiempo de espera para la atención	V44							0.70							6.08
Comodidad y facilidades circulación	V40								0.72						*
Mantenimiento instalaciones atención segura	V41								0.83						4.40
Señalizaciones recinto	V30									0.70					*
Comodidades salas de espera	V31									0.65					3.03
<b>DIMENSIONES SEGUNDO ORDEN</b>												OU	SAT		<b>t-valor</b>
<b>Orientación al usuario en compromiso y gestión de la información</b>	OU <sub>1</sub>												0.77		7.41
<b>Orientación al usuario en la gestión de reclamaciones</b>	OU <sub>2</sub>												0.61		6.43
<b>Orientación al usuario en la atención de la salud</b>	OU <sub>3</sub>												0.96		11.37
<b>Orientación al usuario en capacitación y trato de funcionarios</b>	OU <sub>4</sub>												0.74		7.81
<b>Orientación al usuario en compromiso con el mismo</b>	OU <sub>5</sub>												0.66		6.96
<b>Satisfacción con la estancia (habitaciones, baños y alimentación)</b>	SU <sub>1</sub>												0.68		5.59
<b>Satisfacción con la atención recibida (trámites y tiempos de atención)</b>	SU <sub>2</sub>												0.69		4.90
<b>Satisfacción con infraestructura</b>	SU <sub>3</sub>												0.67		3.99
<b>Satisfacción con salas de espera y señalizaciones del recinto</b>	SU <sub>4</sub>												0.63		3.72

\* La carga se igualó a 1.

TABLA 4

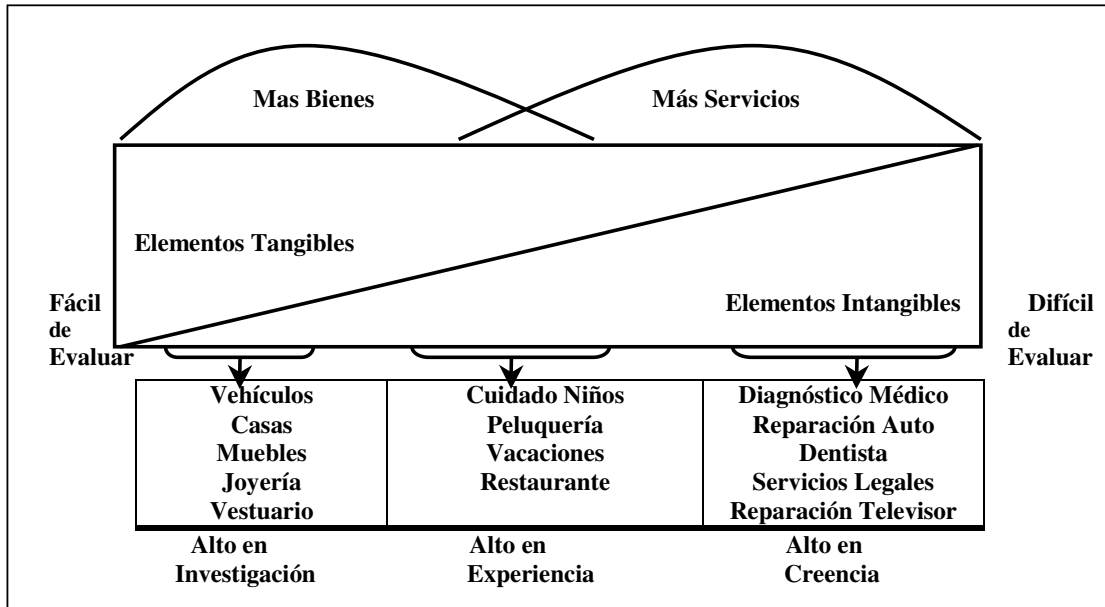
**FIABILIDAD DE LAS ESCALAS DE MEDIDA**

<b>COEFICIENTES DE FIABILIDAD</b>		<b>CF1</b>	<b>CF2</b>	<b>R<sup>2*</sup></b>
Personal con información caso personal	V9			0.63
Comunicación permanente con usuarios	V11			0.51
Mantener interés estado salud usuario	V12			0.48
Oficina Informaciones en lugar visible	V23			0.58
Trato personal de informaciones	V24			0.55
Disposición para atender reclamos	V25			0.48
Preocupación por resolver quejas	V26			0.59
Información derechos y deberes usuarios	V27			0.50
Recomendación de enfermería y auxiliares	V18			0.78
Trato enfermería y auxiliares	V19			0.62
Conocimiento funcionarios administrativos	V20			0.78
Trato funcionarios administrativos	V21			0.56
Funcionarios comprometidos	V3			0.70
Todos los servicios comprometidos	V4			0.48
Hospital brinda solución integral	V5			0.49
Comodidades salas hospitalizados	V33			0.48
Comodidad camas y ropa cama	V34			0.64
Comodidad muebles salas hospitalizados	V35			0.44
Limpieza salas hospital, espera y pasillos	V36			0.51
Alimentación período hospitalización	V37			0.44
Proceso tramitación horas médicas	V42			0.66
Ingreso a Hospitalización	V43			0.51
Tiempo de espera para la atención	V44			0.50
Comodidad y facilidades circulación	V40			0.53
Mantenimiento instalaciones atención segura	V41			0.69
Señalizaciones recinto	V30			0.49
Comodidades salas de espera	V31			0.43
<b>Orientación al usuario en compromiso y gestión de la información</b>	<b>OU<sub>1</sub></b>	<b>0.54</b>	<b>0.70</b>	<b>0.60</b>
<b>Orientación al usuario en la gestión de reclamaciones</b>	<b>OU<sub>2</sub></b>	<b>0.54</b>	<b>0.80</b>	<b>0.38</b>
<b>Orientación al usuario en la atención médica del personal</b>	<b>OU<sub>3</sub></b>	<b>0.70</b>	<b>0.72</b>	<b>0.92</b>
<b>Orientación al usuario en capacitación y trato de funcionarios</b>	<b>OU<sub>4</sub></b>	<b>0.66</b>	<b>0.70</b>	<b>0.54</b>
<b>Orientación al usuario en compromiso con el mismo</b>	<b>OU<sub>5</sub></b>	<b>0.55</b>	<b>0.77</b>	<b>0.44</b>
<b>Satisfacción con la estancia (habitaciones, baños y alimentación)</b>	<b>SU<sub>1</sub></b>	<b>0.50</b>	<b>0.50</b>	<b>0.46</b>
<b>Satisfacción con la atención recibida (trámites y tiempos de atención)</b>	<b>SU<sub>2</sub></b>	<b>0.56</b>	<b>0.71</b>	<b>0.47</b>
<b>Satisfacción con infraestructura</b>	<b>SU<sub>3</sub></b>	<b>0.61</b>	<b>0.66</b>	<b>0.40</b>
<b>Satisfacción con salas de espera y señalizaciones del recinto</b>	<b>SU<sub>4</sub></b>	<b>0.46</b>	<b>0.55</b>	<b>0.45</b>

TABLA 5

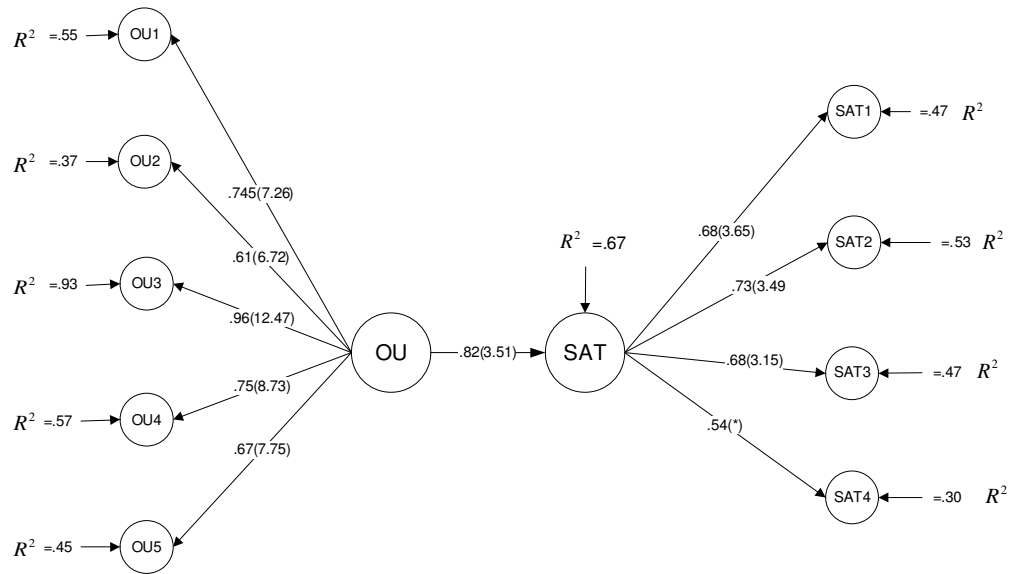
<b>VALIDEZ DISCRIMINANTE FACTOR COEFICIENTE DE CORRELACIÓN (INTERVALO DE CONFIANZA)</b>	
OU1-OU2	(0.247; 0.703)
OU1-OU3	(0.473; 0.989)
OU1-OU4	(0.329; 0.741)
OU1-OU5	(0.355; 0.807)
OU2-OU3	(0.323; 0.787)
OU2-OU4	(0.315; 0.837)
OU2-OU5	(0.188; 0.516)
OU3-OU4	(0.493; 0.967)
OU3-OU5	(0.475; 0.831)
OU4-OU5	(0.217; 0.527)
SAT1-SAT2	(0.292; 0.566)
SAT1-SAT3	(0.299; 0.527)
SAT1-SAT4	(0.375; 0.681)
SAT2-SAT3	(0.365; 0.687)
SAT2-SAT4	(0.224; 0.540)
SAT3-SAT4	(0.224; 0.472)

FIGURA 1  
EVALUACIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS



Fuente: Extraído de Vandamme y Leunis (1993).

FIGURA 2  
RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL MODELO



Parámetros estimados :  $\chi^2_{(S.B)} = 404.83$  (g.l.=314, p-valor=.0004), BBNNFI=0.924, CFI=0.932, RMSEA=0.047