

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO,
ENFOQUE INTERCULTURAL**

POSTULANTE: Dr. Jimmy Leonardo Alejo Pocoma

TUTOR: PhD Dra. Ana María Arias Uriona

**Tesis doctoral presentada para optar al título de
Philosophical Doctor (Ph.D.) en Ciencias de la Salud
Pública**

LA PAZ – BOLIVIA
2023

DEDICATORIA

A Dios por haberme por su infinita bondad y amor al haberme permitido llegar a este momento de mi vida brindándome salud para el logro de mis objetivos.

A mi madre Antonia por su inmenso amor y cariño, supo formarme con hábitos y valores que me ayudaron a sobrellevar los momentos difíciles.

A mi padre que desde el cielo me ilumina siempre en todo momento, gracias por su firmeza y enseñarme los valores para ser una persona de bien.

A mi esposa y compañera de vida Patricia que siempre está apoyándome en los proyectos que emprendo.

A mis hijos Franco y Dana que son la razón de mi existencia y la alegría de mi vida.

A mi familia, que siempre está pendiente de mi en las buenas y las malas.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ana María Arias Uriona por haberme guiado en el proceso y conclusión de esta tesis doctoral, gracias a su experticia y profesionalismo.

Al Dr. Carlos Tamayo Caballero, mentor, amigo, cómplice de muchos proyectos académicos, agradecido por todo el apoyo incondicional, un ejemplo de vida.

Al Dr. Juan Luis Ugarte, coordinador del programa doctoral, por su apoyo, sencillez, colaboración y amistad, referente académico y personal, gran profesional.

A los docentes del doctorado por compartir sus enseñanzas y experiencias.

Al personal de la Unidad de Posgrado, por el apoyo constante en el proceso administrativo y académico en el desarrollo del doctorado.

INDICE

INTRODUCCIÓN	16
CAPÍTULO I	19
1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.1.1. IDENTIFICACIÓN.....	19
1.1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
1.2. HIPÓTESIS.....	20
1.3. OBJETIVOS	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	21
1.4.1. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA.....	21
1.4.2. JUSTIFICACIÓN SOCIAL.....	21
1.5. ALCANCE	22
1.5.1. ALCANCE TEMPORAL	22
1.5.2. ALCANCE ESPACIAL.....	22
CAPITULO 2	23
2. REFERENCIA TEÓRICA	23
2.1. ESTADO DEL ARTE.....	23
2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	27
2.3. MARCO INSTITUCIONAL O LEGAL.....	67
CAPÍTULO 3	72
3. MARCO METODOLÓGICO.....	72
3.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	72
3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	72
3.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES.....	72
3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	72
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	77
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	77

3.5.	DISEÑO ESTADÍSTICO	78
3.6.	PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	80
CAPÍTULO 4		81
4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	81
4.1.	RECOLECCIÓN DE DATOS.....	81
4.2.	RESULTADOS.....	82
CAPÍTULO 5		108
5.	PROPUESTA Y VALIDACIÓN.....	108
CAPÍTULO 6.....		112
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	112
6.1.	CONCLUSIONES	112
6.2.	RECOMENDACIONES	114
6.3.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
6.4.	ANEXOS.....	123

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. COMPARACIÓN DE DIMENSIONES EXPLICATIVAS POR MODELO	64
CUADRO 2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS/OS USUARIAS/OS EXTERNAS/OS	69
CUADRO 3. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	74
CUADRO 4. VALORES DEL COEFICIENTE VALIDEZ DE CONTENIDO, MÉTODO DE HERNANDEZ NIETO, GENERAL Y POR ITEM	82
CUADRO 5. VALORES DEL COEFICIENTE VALIDEZ DE CONTENIDO HERNANDEZ NIETO GENERAL Y POR ITEM AJUSTADO	83
CUADRO 6. MEDIDAS DE RESUMEN DEL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO, PRUEBA PILOTO	84
CUADRO 7. MEDIDAS DE RESUMEN DE LOS ITEMS, PRUEBA PILOTO	85
CUADRO 8. MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE ITEMS, PRUEBA PILOTO	86
CUADRO 9. ANÁLISIS DE FIABILIDAD POR DIMENSIÓN, PRUEBA PILOTO	86
CUADRO 10. ANÁLISIS DE FIABILIDAD POR DIMENSIÓN E ÍTEM PRUEBA PILOTO	87
CUADRO 11. ANÁLISIS DE FIABILIDAD POR DIMENSIÓN AJUSTADA	88
CUADRO 12. PRUEBA DE KMO Y BARTLETT, PRUEBA PILOTO	89
CUADRO 13. VARIANZA TOTAL EXPLICADA EN LA EXTRACCIÓN DE FACTORES POR ANÁLISIS FACTORIAL DE EJES PRINCIPALES, PRUEBA PILOTO	90
CUADRO 14. COMUNALIDADES Y VARIANZA EXPLICADA POR DIMENSIÓN INICIAL	92
CUADRO 15. COMUNALIDADES Y VARIANZA EXPLICADA POR DIMENSIÓN FINAL	93
CUADRO 16. MEDIDA DE ADECUACIÓN MUESTRAL DE KAISER-MEYER-OLKIN Y PRUEBA DE ESFERICIDAD DE BARTLETT, FINAL	94
CUADRO 17. COMUNALIDADES DE TODOS LOS ÍTEMS, FINAL	94
CUADRO 18. VARIANZA EXPLICADA POR DIMENSIÓN, FINAL	95
CUADRO 19. MATRIZ DE FACTOR ROTADO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL, FINAL	97
CUADRO 20. MATRIZ DE TRANSFORMACIÓN FACTORIAL, FINAL	97
CUADRO 21. FIABILIDAD DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL, FINAL	98
CUADRO 22. ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL	99
CUADRO 23. ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL, PRIMER AJUSTE	102
CUADRO 24. ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL, SEGUNDO AJUSTE	104
CUADRO 25. VALORES PARA LOS PUNTOS DE CORTE DEL INSTRUMENTO	104
CUADRO 26. ESCALA DE VALORACIÓN FINAL DEL INSTRUMENTO	104
CUADRO 27. INVARIANZA FACTORIAL SEGÚN SEXO	110

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. LÍNEA DE TIEMPO DEL CONCEPTO DE CALIDAD	30
FIGURA 2. EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DE LAS DEFINICIONES DE CALIDAD	31
FIGURA 3. LÍNEA DE TIEMPO DE LOS MODELOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS	46
FIGURA 4. MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE DONABEDIAN	48
FIGURA 5. MODELO DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GRÖNROOS	50
FIGURA 6. MODELO NÓRDICO, PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO	51
FIGURA 7. MODELO SERVQUAL	53
FIGURA 8. MODELO SERVQUAL, VACÍOS O GAPS IDENTIFICADOS	55
FIGURA 9. MODELO SERVQUAL, DIMENSIONES Y ATRIBUTOS	56
FIGURA 10. MODELO DE LOS TRES COMPONENTES DE RUST Y OLIVER	59
FIGURA 11. MODELO JERÁRQUICO MULTIDIMENSIONAL DE BRADY Y CRONIN	60
FIGURA 12. MODELO CONCEPTUAL DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS	61
FIGURA 13. MODELO MULTITAPA DE VALORACIONES	63
FIGURA 14. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN, PRUEBA PILOTO	91
FIGURA 15. GRÁFICO DE SEDIMENTACIÓN FINAL	96
FIGURA 16. MODELO DE MEDIDA DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL	100
FIGURA 17. MODELO DE MEDIDA E ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL, PRIMER AJUSTE	101
FIGURA 18. MODELO DE MEDIDA E ÍNDICES DE AJUSTE DEL MODELO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA, EN PRIMER NIVEL, SEGUNDO AJUSTE	103

RESUMEN

Problema: La generalización del término validación de un instrumento como sinónimo de prueba piloto es un problema para la aplicación del mismo, que se refleja en la fiabilidad de los resultados, la utilización constante del alfa de Cronbach argumentando que mide la validez de un instrumento, es incorrecto porque mide la fiabilidad del instrumento, en una de las fases del todo lo que implica la validación como tal, por tanto, hay un vacío teórico y metodológico en este aspecto. En salud son escasos los estudios al respecto que sigan todo el proceso de validación hasta la finalización, gran parte de los mismos se quedan en identificar las dimensiones o estructura, no llegan a confirmar mediante un modelo de defina con evidencia el instrumento. A esto se suma la ausencia de un instrumento documental que mida la percepción de la satisfacción, que influye en que la calidad en el sistema de salud no mejore. La aplicación de un instrumento validado en otro contexto no se adecua a nuestra realidad, por las particularidades de la población en cada región, de ahí surge la necesidad de diseñar, construir y validar un instrumento con contemple inclusive los aspectos culturales, que no son considerados en los instrumentos estándares.

Objetivos: El objetivo general es: Validar los elementos que constituyen la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público.

Los objetivos específicos: Determinar la validez de constructo del instrumento, mediante la identificación de los ítems y dimensiones. Comprobar la validez interna y externa de una escala de calidad de atención en salud. Y estimar las propiedades psicométricas de la escala de percepción.

Justificación: Contar con una aproximación a la satisfacción del paciente contribuirá al conocimiento de la calidad de atención que es muy importante en la actualidad, ya que todo desempeño así los exige, de esto dependen muchos factores uno de ellos el talento humano, sus conocimientos, experiencias y el éxito de la labor encomendada. De ahí que la retroalimentación para el personal

conlleva a una cadena que puede desembocar en éxito o fracaso, por tanto, el juicio del paciente sobre la calidad de atención también señala que la satisfacción del paciente es una medida fundamental que proporciona al evaluador la información relativa del éxito del proveedor para acertar las expectativas del usuario. El instrumento desarrollado servirá para futuras investigaciones, así mismo se tendrán en cuenta los diseños planteados en dicha investigación.

Metodología: El tipo de estudio cuantitativo, el diseño corresponde a un estudio de validación de instrumento documental o diseño instrumental. La población en la que se aplicó el instrumento es la que acude al sistema de salud público en el municipio de La Paz y el Alto en coordinación con el SEDES y los establecimientos de Salud. La muestra para el estudio fue de 205 unidades de estudio, de acuerdo a la regla de Kaiser, 10 por cada ítem. Los datos se recolectaron en la fase de validez de constructo a partir del juicio de expertos, mediante una planilla de evaluación que permitirá la identificación de la claridad, congruencia, contexto y dominio del constructo. Para la prueba piloto y la aplicación final del instrumento se utilizó el instrumento diseñado y construido.

El diseño estadístico para la validez de contenido, en el juicio de expertos, se calculó descriptivos, media y la desviación típica de todos los ítems. Se calculó el coeficiente de validez de contenido (CVC), de Hernández Nieto. Para la validez de criterio, validez interna se realizó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad del instrumento, calculando el porcentaje de no respuesta, abandono, tiempo de llenado, claridad de los ítems. Además del análisis exploratorio de los datos, y las correlaciones con el estadístico de r de Pearson entre ítem y dimensión. Para medir la confiabilidad del instrumento se calculó el coeficiente omega y α de Cronbach.

Finalmente, la validez de constructo se utilizó el análisis factorial exploratorio de manera inicial, aplicando los procedimientos de rotación adecuados (oblicua u ortogonal), tes de esfericidad de Bartlett y la prueba de KMO. Una vez identificado las dimensiones se aplicó el análisis factorial confirmatorio, con ayuda del programa AMOS v.24 del SPSS, además de realizar el gráfico de senderos o Path para representar las variables observables, latentes y errores residuales, así como

de las covarianzas entre ítems y variables latentes. Para concluir con los índices de ajuste para el modelo: absoluto, comparativo y parsimonia.

Resultados: En la validación por expertos se utilizó el coeficiente de validez de contenido de Hernández Nieto, se pudo obtener la valoración de 4 expertos logrando un puntaje promedio del instrumento de 0,781 que implica una validez y concordancia aceptable. Como resultado de la prueba piloto la tasa de no respuesta fue de 4,7%, de los 42 participantes 2 se negaron a participar. La tasa de no respuesta por ítem fue de 0, todos los participantes respondieron a todos los ítems. De igual manera la tasa de abandono fue de 0, los encuestados concluyeron la encuesta en su totalidad. El promedio que tardaron los encuestados en completar el instrumento fue de 9,6min +/- 3,8min, siendo el tiempo más alto de 20 min y el mínimo de 4 min, con una diferencia entre ellas de 16 min. El análisis factorial exploratorio por dimensión para determinar el grado de variabilidad de los ítems obteniéndose las comunalidades por dimensión, el criterio fue que la varianza total explicada este por encima de 50% y la extracción por encima de 0,3; la credibilidad quedó con 2 ítems al igual que la sensibilidad y empatía, la única que conservó el número de ítems fue la dimensión seguridad con un aporte de la varianza explicada de 57%. Se obtuvo un valor de KMO de 0,904 que indica una buena adecuación del tamaño muestral y una significancia en la prueba de esfericidad de Bartlett <0,001 por lo que la matriz de covariaciones soporta el análisis factorial. Se tuvo como resultado 2 dimensiones, el primero explica el 34,7% de la variabilidad del constructo y el segundo en 21,3%, juntos llegan a explicar el 56% de la varianza. Para identificar la composición de las dimensiones se utilizó el método de rotación varimax, logrando dos dimensiones y 10 ítems, 6 para el primer factor y 4 para el segundo. Se obtuvo un constructo multidimensional con 2 dimensiones, la primera dimensión se denominará Confianza en el servicio y la segunda empatía en la atención. La fiabilidad con resultados buenos McDonald's ω (omega) 0,8 y alfa de Cronbach 0,7.

El análisis factorial exploratorio, mediante un modelo de medida, se obtienen índices excelentes a excepción del RMSEA que tuvo un nivel aceptable de 0,061 siendo la diferencia en 0,001 que muy próximo al valor de referencia; las demás medidas CMIN/DF, CFI, SRMR y Pclose estuvieron dentro de los parámetros de referencia con un nivel excelente; resultando modelo con índices adecuados para la medición del constructo, conformado por dos dimensiones, la primera denominada confianza en el servicio y la segunda empatía en la atención; con una totalidad de diez ítems, 6 ítems correspondientes a la primera dimensión y 4 a la segunda.

Conclusión: Se obtuvo un instrumento, escala, conformada por 10 ítems, con 5 opciones de respuesta, escala de Likert, con puntuaciones de 1 a 5, con un resultado final categórico ordinal que son: insatisfecho, moderadamente satisfecho y satisfecho.

Palabras clave: Validación, fiabilidad, calidad, constructo

ABSTRACT

Problem: The generalization of the term validation of an instrument as a synonym of pilot test is a problem for the application of the same, which is reflected in the reliability of the results, the constant use of Cronbach's alpha arguing that it measures the validity of an instrument, is incorrect because it measures the reliability of the instrument, in one of the phases of the whole that implies the validation as such, therefore, there is a theoretical and methodological vacuum in this aspect. In health care, there are few studies that rigorously follow the entire validation process through to its completion; most of them only identify the dimensions or structure, and do not confirm the instrument by means of a model that defines it with evidence. In addition, the absence of a documentary instrument to measure the perception of satisfaction influences the fact that the quality of the health system does not improve. The application of an instrument validated in another context is not necessarily adequate to our reality, due to the particularities of the population in each region, hence the need to design, build and validate an instrument that includes cultural aspects, which are not considered in the standard instruments.

Objectives: The general objective is: To validate the elements that make up the scale of perception of the quality of outpatient care in the first level of care of the public system.

Specific objectives: To determine the construct validity of the instrument by identifying the items and dimensions. To test the internal and external validity of a health care quality scale. And to estimate the psychometric properties of the perception scale.

Justification: Having an approach to patient satisfaction will contribute to the knowledge of the quality of care, which is very important nowadays, since all performance requires it, and many factors depend on this, one of them being human talent, their knowledge, experience and the success of the work entrusted

to them. Hence, the feedback for the staff leads to a chain that can result in success or failure, therefore, the patient's judgment on the quality of care also points out that patient satisfaction is a fundamental measure that provides the evaluator with the relative information of the provider's success in meeting the user's expectations. The instrument developed will serve for future research, and the designs proposed in this research will also be taken into account.

Methodology: The type of quantitative study, the design corresponds to a documentary instrument validation study or instrumental design. The population to which the instrument was applied is that which attends the public health system in the municipality of La Paz and El Alto in coordination with the SEDES and the health facilities. The sample for the study was 205 study units, according to the Kaiser rule, 10 for each item. The data were collected in the construct validity phase through expert judgment, using an evaluation form that will allow the identification of the clarity, congruence, context and domain of the construct. For the pilot test and the final application of the instrument, the designed and constructed instrument was used.

The statistical design for content validity, in the expert judgment, descriptive, mean and standard deviation of all items were calculated. The content validity coefficient (CVC) of Hernández Nieto was calculated. For criterion validity, internal validity, a pilot test was carried out to evaluate the reliability of the instrument, calculating the percentage of non-response, abandonment, time of completion, clarity of the items. In addition to the exploratory analysis of the data, and the correlations with Pearson's r statistic between item and dimension. To measure the reliability of the instrument, the omega coefficient and Cronbach's α were calculated.

Finally, construct validity was measured using exploratory factor analysis initially, applying the appropriate rotation procedures (oblique or orthogonal), Bartlett's sphericity test and the KMO test. Once the dimensions had been identified, the confirmatory factor analysis was applied with the help of the AMOS v.24 SPSS

program, in addition to the Path graph to represent the observable and latent variables and residual errors, as well as the covariances between items and latent variables. To conclude with the fit indices for the model: absolute, comparative and parsimony.

Results: In the validation by experts, the content validity coefficient of Hernández Nieto was used and the evaluation of 4 experts was obtained, achieving an average instrument score of 0.781, which implies acceptable validity and concordance. As a result of the pilot test, the non-response rate was 4.7%; of the 42 participants, 2 refused to participate. The non-response rate per item was 0, all participants responded to all items. Similarly, the dropout rate was 0, respondents completed the survey in its entirety. The average time it took respondents to complete the instrument was 9.6min +/- 3.8min, the highest time being 20 min and the minimum 4 min, with a difference between them of 16 min. The exploratory factor analysis by dimension to determine the degree of variability of the items, obtaining the communalities by dimension, the criterion was that the total variance explained was above 50% and the extraction was above 0.3; credibility was left with 2 items as were sensitivity and empathy, the only one that conserved the number of items was the security dimension with a contribution of 57% of the variance explained. A KMO value of 0.904 was obtained, which indicates a good adequacy of the sample size and a significance in Bartlett's test of sphericity <0.001, so that the covariance matrix supports the factor analysis. The result was 2 dimensions, the first explains 34.7% of the variability of the construct and the second 21.3%, together they explain 56% of the variance. To identify the composition of the dimensions, the varimax rotation method was used, resulting in two dimensions and 10 items, 6 for the first factor and 4 for the second. A multidimensional construct with 2 dimensions was obtained, the first dimension will be called Confidence in the service and the second empathy in the attention. Reliability with good results McDonald's ω (omega) 0.8 and Cronbach's alpha 0.7.

The exploratory factor analysis, by means of a measurement model, excellent indexes are obtained with the exception of the RMSEA that had an acceptable

level of 0.061 being the difference in 0.001 which very close to the reference value; the other measures CMIN/DF, CFI, SRMR and Pclose were within the reference parameters with an excellent level; resulting in a model with adequate indexes for the measurement of the construct, made up of two dimensions, the first called confidence in the service and the second empathy in the attention; with a total of ten items, 6 items corresponding to the first dimension and 4 to the second.

Conclusion: We obtained an instrument, scale, made up of 10 items, with 5 response options, Likert scale, with scores from 1 to 5, with a final categorical ordinal result which are: dissatisfied, moderately satisfied and satisfied.

Key words: Validation, reliability, quality, construct.

INTRODUCCIÓN

Bolivia ha luchado históricamente para brindar atención médica de calidad a sus ciudadanos, especialmente a aquellos que la necesitan debido a los altos niveles de pobreza. La atención médica en las grandes ciudades es adecuada para la mayoría de los propósitos, pero de calidad variable, mientras que los servicios de ambulancia se limitan a ser inexistentes(1). Sin embargo, en la última década, el cuidado de la salud en Bolivia ha creado desarrollos prometedores que han facilitado niveles más bajos de pobreza extrema, mortalidad infantil y enfermedades rampantes. En 2019, Bolivia implementó el Sistema Único de Salud, un sistema de salud gratuito que prometía cubrir a casi 6 millones de personas sin seguro, un porcentaje significativo de los 11 millones de ciudadanos de Bolivia(2,3). El sistema brinda acceso a servicios como visitas médicas y medicamentos y cubre a más del 50% de los pacientes atendidos. Los expertos han elogiado la idea del Sistema Único de Salud, calificándolo de “modelo para América Latina ”(3).

El índice de cobertura efectiva de la Cobertura Universal de Salud (UHC) tiene como objetivo representar la cobertura de servicios a través de las necesidades de salud de la población y cuánto podrían contribuir estos servicios. Según el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud, Bolivia ha avanzado en la prestación de servicios de salud a sus ciudadanos, pero aún hay espacio para mejorar(4). El nuevo ministro de salud de Bolivia ha prometido atención médica universal, pero la mayoría de la población trabaja en la economía informal, y los bolivianos con empleo formal a menudo reciben seguro médico a través de sus empleadores.

El Barómetro de las Américas mide la satisfacción con los servicios públicos de salud en Bolivia desde 2012, y el índice de satisfacción ha ido disminuyendo. En 2014, la tasa de satisfacción alcanzó su punto más alto, con un 42,7 % de los encuestados que dijeron estar satisfechos con los servicios de salud pública(5). El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia ha presentado una guía metodológica para evaluar la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud de

primer nivel para evaluar periódicamente el grado de satisfacción de los usuarios externos con la atención recibida en los servicios de salud(6).

Varios factores influyen en la calidad de la atención en Bolivia, uno de los factores más significativos es la pobreza y la desigualdad, con un alto nivel de desigualdad de ingresos. Esto tiene un impacto significativo en la salud de la población, ya que las personas que viven en la pobreza tienen más probabilidades de experimentar malos resultados de salud. El acceso limitado a los servicios de salud es otro factor significativo que afecta la calidad de la atención en Bolivia, particularmente en áreas rurales y remotas. Muchas personas que viven en estas áreas tienen acceso limitado a los servicios de atención médica, lo que puede resultar en un tratamiento retrasado o inadecuado. Además, existe una escasez de profesionales y recursos de salud, lo que puede conducir a la falta de continuidad de la atención y al tratamiento inadecuado.

La calidad de la atención en Bolivia es un desafío importante que debe abordarse. El sistema de salud del país enfrenta varios desafíos, incluidos recursos limitados, infraestructura inadecuada y escasez de profesionales de la salud. Sin embargo, existen iniciativas exitosas para mejorar la calidad de la atención en Bolivia y se pueden implementar varias estrategias para abordar los desafíos que enfrenta el sistema de salud.

Medir la calidad de la atención médica es esencial para identificar brechas en la prestación de atención médica y mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes. La calidad de la atención se refiere al grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud positivos para las personas y las poblaciones(7). Al medir la calidad de la atención, los proveedores de atención médica pueden identificar áreas en las que pueden mejorar y cerrar la brecha entre el desempeño real y el alcanzable en calidad(8). Esto es particularmente importante para abordar las desigualdades en la atención de la salud y garantizar la igualdad de acceso y la calidad de la atención médica para todas las personas (9).

Además de mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes, medir la calidad de la atención médica también puede mejorar la eficiencia y la rentabilidad de la atención médica. Al identificar áreas de ineficiencia o desperdicio, los proveedores de atención médica pueden implementar estrategias para reducir costos y mejorar la eficiencia general de sus operaciones. Esto puede incluir mejorar la relación entre el número de proveedores de atención médica y pacientes, así como mejorar la rentabilidad para los proveedores de atención médica(10). Además, medir la calidad de la atención puede ayudar a los administradores y gerentes de atención médica a comprender la efectividad de sus servicios y tomar decisiones informadas sobre la asignación de recursos(11).

En conclusión, medir la calidad de la atención médica es fundamental para mejorar la prestación de los servicios de atención médica. Permite a los proveedores de atención médica identificar brechas en la atención, mejorar los resultados y la seguridad de los pacientes, y mejorar la eficiencia y la rentabilidad. Los gobiernos y las organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, han reconocido la importancia de medir la calidad de la atención médica y han tomado medidas para mejorar la comprensión y la medición de la calidad de la atención médica a escala mundial (8). En última instancia, la medición de la calidad juega un papel vital para garantizar que los pacientes reciban la mejor atención posible y que los proveedores de atención médica puedan brindar servicios efectivos, eficientes y equitativos.

CAPÍTULO I

1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. IDENTIFICACIÓN

Se ha generalizado el uso del término “validación” de un instrumento documental, sobre todo en el área de la salud, como sinónimo de prueba piloto, situación aberrante, en algún caso se utiliza el alfa de Cronbach, también de manera incorrecta porque solo mide la fiabilidad del instrumento, en la literatura esta medida en recientes publicaciones ya no es utilizada por el sesgo que implica su medición, por tanto, hay un vacío teórico y metodológico en este aspecto.

Si bien existe bastante literatura respecto a validación de instrumentos, en salud son escasos los estudios que sigan de manera rigurosa todo el proceso, incluida la medición psicométrica, gran parte de los mismos se quedan en identificar las dimensiones o estructura, no llegan a confirmar mediante un modelo de medida que aplique ecuaciones estructurales y definan con evidencia el instrumento, por tanto, una nueva teoría respecto al constructo satisfacción en consulta externa de un servicio de salud.

La ausencia de un instrumento documental que mida la percepción de la satisfacción influye en la calidad de atención en los establecimientos del sistema de salud, por tanto, en la mejora. Si bien en la literatura existen muchos instrumentos que miden la satisfacción o la calidad de atención, no siempre son adecuados a nuestro contexto, por las particularidades de la población en cada región, de ahí surge la necesidad de diseñar, construir y validar un instrumento con contemple inclusive los aspectos culturales, que no son considerados en los instrumentos estándares.

1.1.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los elementos que constituyen y validan la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público?

1.2. HIPÓTESIS

La escala de percepción de la calidad de atención en establecimientos de salud en primer nivel tiene validez interna y externa además de estabilidad y confiabilidad.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Validar los elementos que constituyen la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la validez de constructo del instrumento, mediante la identificación de los ítems y dimensiones.
- Comprobar la validez interna y externa de una escala de calidad de atención en salud
- Estimar las propiedades psicométricas de la escala de percepción

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA

El estudio pretende relacionar al constructo satisfacción una serie de variables que comprendan algunos aspectos inherentes al servicio de salud, al proceso de atención, particularmente al aspecto cultural. Tener una aproximación a la satisfacción del paciente contribuirá al conocimiento de la calidad de atención que es muy importante en la actualidad, ya que todo desempeño así lo exige, de esto dependen muchos factores uno de ellos el talento humano, sus conocimientos, experiencias y el éxito de la labor encomendada. De ahí que la retroalimentación para el personal conlleva a una cadena que puede desembocar en éxito o fracaso, por tanto, el juicio del paciente sobre la calidad de atención también señala que la satisfacción del paciente es una medida fundamental que proporciona al evaluador la información relativa del éxito del proveedor para acertar las expectativas del usuario.

El estudio se justifica por el producto final, expresado en un instrumento documental, que servirá para futuras investigaciones, de igual manera la posibilidad de contribuir con la metodología y posterior réplica del diseño planteado en esta investigación. Los resultados de la presente tesis pretenden retroalimentar al equipo que trabajan en las instituciones participantes del sistema, con la posibilidad de generar análisis y procesos de mejora para el beneficio de los usuarios.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN SOCIAL

Los usuarios, pacientes, en los establecimientos de salud públicos, a diferencia de los privados, aceptan la atención de salud sin la posibilidad de interponer una queja, lo llamativo es que pueden expresar satisfacción por ella cuando participan en encuestas que miden estas características. La percepción de satisfacción no

significa que la calidad es buena, sino que puede ser que su apreciación esté condicionada por un nivel de expectativa baja. De ahí que el objetivo del análisis de la satisfacción es facilitar información a los profesionales, gestores y administradores del sistema de salud sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios.

1.5. ALCANCE

1.5.1. ALCANCE TEMPORAL

El presente estudio se realizó durante el último trimestre la gestión 2022.

1.5.2. ALCANCE ESPACIAL

La presente propuesta de estudio pretende diseñar, desarrollar y validar un instrumento documental en consulta externa de establecimientos de salud de primer nivel en la ciudad de La Paz y El Alto en coordinación con las instituciones participantes, que sirva para medir la calidad de atención.

CAPITULO 2

2. REFERENCIA TEÓRICA

2.1. ESTADO DEL ARTE

Un estudio realizado por Granado et. al. en la publicación titulada Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la Satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. El constructo desarrollado fue la satisfacción del paciente, y los resultados mostraron que en la validez de constructo se identificaron dos factores: "calidad clínica" y "calidad administrativa", que explicaron el 63% de la varianza. Además, se encontró una validez de criterio concurrente (coeficiente de correlación de Spearman de 0,85) respecto al criterio de referencia "satisfacción global con la atención recibida en consultas externas". En cuanto a la capacidad predictiva del cuestionario medida mediante análisis discriminante, se obtuvo un 84% de los casos clasificados correctamente y una consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,90).(12)

Un segundo estudio, bajo la autoría de Cabello E y Chirinos J, tuvo como objetivo validar y evaluar la aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Los resultados del estudio demostraron que el instrumento utilizado fue válido, confiable y aplicable para medir el nivel de satisfacción de los usuarios externos. El análisis factorial reveló que el 88,9% de la varianza de las variables en Consulta Externa y el 92,5% en Emergencias explicaban los 5 componentes o dimensiones de la calidad. Además, se encontró que el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,984 para Consulta Externa y 0,988 para Emergencias. En cuanto a la satisfacción global de los usuarios, se observó que fue del 46,8% en Consulta Externa y del 52,9% en Emergencias. Algunas de las variables que generaron mayor insatisfacción en Consulta Externa fueron el difícil acceso a citas, la demora en la atención en farmacia, caja y módulo SIS, así como el trato inadecuado. Por otro

lado, en el área de emergencias, las principales causas de insatisfacción fueron la deficiente mejora o resolución del problema de salud, la falta de disponibilidad de medicinas y la demora en la atención en farmacia, caja y admisión.(13)

Se llevó a cabo un estudio en Perú liderado por Johann M. con el objetivo de validar un instrumento para evaluar la satisfacción de los usuarios de la consulta externa de psiquiatría de un hospital público en Lima, Perú. La construcción del instrumento se basó en la opinión de un grupo de psiquiatras y en la información obtenida al aplicar una primera versión de la escala a 40 usuarios de consultorio de psiquiatría. El resultado del estudio fue un alfa de Cronbach de 0,828. El análisis de componentes principales permitió identificar 3 factores relacionados con el acto médico, la organización y la comodidad y espera, siendo el primero el más importante. La correlación del puntaje total de la versión autoadministrable y la versión por entrevista fue 0,876 ($p < 0,0001$). (14)

En 2010, se publicó un artículo en la Revista de Salud Pública de Colombia titulado "Validez y confiabilidad de un instrumento de satisfacción del usuario con síndrome febril agudo". Los autores del artículo, Diana C. Tiga-Loza, Luis Á. Villar-Centeno, Diana R. Güiza-Sanabria y Ruth A. Martínez-Vega, diseñaron un cuestionario telefónico a partir de tres instrumentos en español con el objetivo de determinar la validez y la confiabilidad de un instrumento de satisfacción del paciente con Síndrome Febril Agudo en urgencias y consulta oportuna de la Red Pública de Bucaramanga. Para evaluar la validez de contenido, sometieron el cuestionario a expertos y profesionales de la salud, y para evaluar la validez facial, realizaron una prueba piloto con 30 usuarios. Los autores identificaron tres factores mediante el análisis factorial: satisfacción con la atención médica, de enfermería y la organización del centro, con un modelo final de 16 ítems. El alfa de Cronbach para cada factor fue 0,89, 0,78 y 0,88, respectivamente, y el coeficiente de kappa fue 0,90. El coeficiente de correlación intraclase fue 0,955, y el promedio de las diferencias en la sumatoria de los ítems fue -1,3. Los límites de acuerdo de Bland y Altman fueron -18,9 y 15,3.(15)

En Grecia, un estudio llevado a cabo por el equipo de Daphne Kaitelidou tuvo como objetivo desarrollar una herramienta confiable y válida para realizar encuestas periódicas de evaluación de la experiencia de los usuarios en los centros públicos de atención primaria, como los ambulatorios de los hospitales públicos y los centros de salud. El estudio utilizó un enfoque de métodos mixtos, que consistió en tres pasos: (a) revisión de la literatura y establecimiento de los antecedentes teóricos, (b) desarrollo cualitativo de los ítems de las herramientas y validación facial, y (c) prueba piloto y establecimiento de la validez estructural y la consistencia interna de las herramientas. En el estudio cualitativo, se trabajó con dos grupos focales de pacientes: uno que visitó los centros de salud y otro que visitó las consultas externas de los hospitales públicos. El estudio cuantitativo incluyó a 733 usuarios/pacientes de los servicios de Atención Primaria y se llevó a cabo entre agosto y octubre de 2017. Se realizaron análisis factoriales exploratorios y confirmatorios para evaluar la validez estructural de los instrumentos, y se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad. El análisis factorial confirmó en gran medida el modelo teórico propuesto y se identificaron seis factores a través de las herramientas: accesibilidad, continuidad y coordinación de la atención, exhaustividad de la atención, calidad de la atención médica, instalaciones y calidad de la atención prestada por las enfermeras y otros profesionales sanitarios..(16)

Otro estudio también en Grecia por Aletras VH, Papadopoulos EA y Niakas DA en 2006, que tenía como objetivo desarrollar y validar un cuestionario de satisfacción del paciente. El instrumento se elaboró mediante la revisión de la literatura, la observación in situ de los investigadores y las entrevistas. Se realizó una prueba previa mediante encuestas telefónicas en dos hospitales generales del SNS en Macedonia, Grecia, con una muestra aleatoria estratificada proporcional de 285 y una segunda muestra aleatoria de 100 pacientes externos. El resultado identificó cuatro escalas resumidas relativas al componente puramente ambulatorio de las pacientes: el examen médico, el entorno hospitalario, la comodidad y el tiempo de la cita. Los coeficientes alfa de Cronbach y las correlaciones de Pearson, Spearman e intraclase indicaron un alto grado de fiabilidad y validez de las

escalas. Otras dos escalas recogen la experiencia del visitante relacionado con las pruebas radiográficas y de laboratorio. Las pruebas psicométricas son prometedoras, aunque algunas diferencias de validez discriminante carecieron de significación estadística.(17)

En 2013, en India, Goel, Sonu, Sharma, Deepak y Singh, Amarjeet, llevaron a cabo un estudio para desarrollar y probar un cuestionario de satisfacción para los pacientes que acuden a las consultas externas en el norte de la India. Utilizando un método de consenso Delphi entre expertos, realizaron una prueba inicial en un grupo pequeño de pacientes y luego llevaron a cabo una encuesta transversal con 942 pacientes externos en Chandigarh, en el norte de la India. Los resultados psicométricos del cuestionario, en términos de validez de contenido, validez de constructo, validez convergente y discriminante, y fiabilidad, mostraron que el método Delphi generó 80 ítems. Después de evaluar la validez del contenido, la calidad de los datos y la validez de constructo del cuestionario, se construyó un instrumento final con 17 ítems que representaban seis dimensiones de la satisfacción del paciente. La consistencia interna del cuestionario osciló entre 0,72 y 0,93, y el coeficiente de correlación intraclase varió entre 0,52 y 0,80.(18)

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

El estudio de concretar una medición de la satisfacción del paciente o usuario externo, en términos gerenciales, tiene diversas aristas y siempre debe comprenderse desde distintas teorías. No obstante, para comprender cada una de ella, en primera instancia, será importante definir algunos conceptos referentes al tema de estudio, de manera inicial tocar el tema de calidad de atención, para luego desarrollar un marco teórico respecto a satisfacción del cliente, en el caso específico el usuario del servicio de consulta externa, y finalmente referirse al proceso de validación de instrumentos, es el esquema en el que se presenta a continuación en el siguiente acápite.

2.1. CALIDAD

2.1.1. DEFINICIÓN

El término "calidad" tiene diferentes significados para cada persona y existen muchas definiciones. La Real Academia Española define calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. A lo largo del tiempo, se han propuesto innumerables definiciones de calidad, algunas más abarcadoras que otras.(19)

En el pasado, la definición de calidad del servicio se basaba en los criterios del prestatario y en la adaptación a las especificaciones definidas por el productor. Este enfoque se conocía como calidad objetiva o experimentada, y se refería a la superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal estándar, según lo señalado por Zeitham y Dolors.(20)

Kotler & Keller sostienen que la calidad en el servicio, vista desde la perspectiva organizacional, implica que todos los recursos de una empresa deben estar orientados a lograr la satisfacción de los clientes, incluyendo a todos los empleados y no solo a aquellos que tienen trato directo con el cliente. Esto se

debe a que todas las actividades realizadas por un empleado en la organización repercutirán de alguna manera en el nivel de calidad real o percibida por el consumidor.(21)

La calidad depende de un juicio que realiza el cliente y éste puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso y de la urgencia de poseerlo.(22) Se refiere a la medida en que una cosa o experiencia satisface una necesidad, soluciona un problema o agrega valor para alguien. En el caso de las cosas tangibles, se pueden comparar entre sí para observar su proximidad al ideal o standard. Sin embargo, en el caso de los servicios y las diferentes percepciones de los clientes, la mayor calidad no se logra apegándose a un standard, sino superando las expectativas que cada cliente tenga de lo recibido. La calidad del servicio debe ser medida con base en las percepciones y no en las expectativas.(23)

Según Schroeder la calidad se puede definir como un concepto relativo al uso esperado y al cliente debido a que difiere según sea el producto, servicio y tipo de empresa en que se opere y sin duda alguna, respecto del tipo de cliente que se trate. Ésta posee diferentes enfoques (Aguayo, 1993; Donabedian, 1966; Horovitz, 1991; Schroeder, 1992), pero una definición más adecuada hace mención a que la calidad es la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio que se sustenta en su habilidad para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, y cumplir con las especificaciones con la que fue diseñado (Aguayo,1993), es decir, calidad corresponde al conjunto de características y atributos de un producto o servicio respecto de las necesidades y expectativas del comprador o cliente, considerando el precio que se está dispuesto a pagar (Horovitz, 1991).(20)

Juran y Crosby tienen diferentes definiciones de calidad. Según Juran, la calidad consiste en aquellas características del producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto. Por otro lado, Crosby señala que calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos

tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad. En resumen, la calidad es cumplir con los requerimientos que necesita el cliente con un mínimo de errores y defectos.(24)

Concepto no siempre unívocamente definido, que ha ido evolucionando con el paso del tiempo: desde su primera acepción como hacer un producto de conformidad con unas determinadas especificaciones por Crosby en 1979, pasando por entenderla como la aptitud del producto para el uso de Juran en los años noventa, hasta su concepción como un sistema eficaz para integrar los esfuerzos de mejora para proporcionar productos que generen la satisfacción del cliente de Feigenbaum.(25) Y Parasuraman, Zeithaml y Berry , considerando la calidad de un servicio como la discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios.(26)

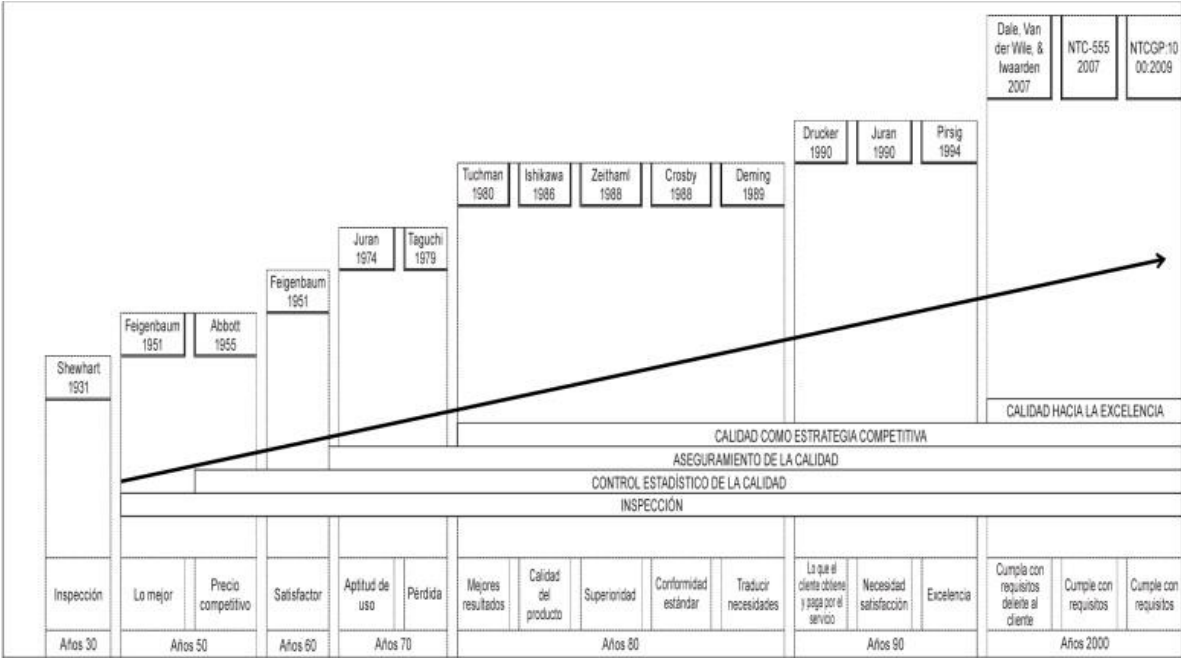
2.1.2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD

El concepto de calidad ha evolucionado y se ha complementado a lo largo del tiempo, y se han identificado una serie de fases que muestran su proceso evolutivo (figura 1), como se muestra en la línea de tiempo donde se plasma su proceso evolutivo. Se identifica que la década de los noventa fue la más prolífica desde el punto de vista de producción intelectual sobre el tema.

A lo largo del tiempo, el concepto de calidad ha evolucionado y ha pasado por diferentes enfoques y estrategias. En un principio, se centró en el control estadístico dentro de los procesos industriales, pero luego se orientó hacia el mejoramiento de algunas condiciones del cliente, como el cumplimiento de requisitos y la satisfacción de sus necesidades. Finalmente, se convirtió en una estrategia competitiva que involucra a toda la organización, desde la inspección hasta la excelencia. En este proceso, se han ido integrando diferentes principios y

prácticas, como los 8 principios de la Calidad Total, que incluyen la orientación hacia los resultados, el liderazgo y la coherencia en los objetivos, la gestión por procesos y hechos, y el valor de los empleados internos. La Calidad Total se puede definir como una estrategia de gestión de la organización, cuyo objetivo principal es la mejora continua de la calidad.(27)

FIGURA 1. Línea de tiempo del concepto de calidad



FUENTE: Reevese y Bednar (1994), Crosby (1988), Deming (1989), Zeithaml (1988), Dale et al. (2007) y Duke (2005).

De acuerdo a Duke a continuación se presenta una evolución cronológica de las definiciones de calidad relevantes.(19)

FIGURA 2. Evolución cronológica de las definiciones de calidad

Autor	Año	Definición	Etapa			
Shewhart	1931	La calidad sería como una medición numérica, para hacer posible ver si la calidad de un producto difiere de otro, entre dos periodos de comparación, y para determinar si las diferencias son mayores y son producto del azar.	C O N T R O L E S T A D I S T I C O D E L A C A L I D A D	I N S P E C C I O N	A S E G U R A M I E N T O D E L A C A L I D A D	C A L I D A D C O M P E T I T I V A E S T R A T E G I A
Feigenbaum	1951	Calidad no tiene el significado popular de "mejor" en un sentido absoluto. Significa "lo mejor para ciertas condiciones del cliente". Estas condiciones son: (a) el uso real y (b) el precio de venta del producto. La calidad del producto no puede ser considerada aparte del costo del producto.				
Abbott	1955	Calidad al igual que el precio debe ser considerada en un mercado competitivo.				
Feigenbaum	1961	La calidad del producto se puede definir como la combinación de las características del producto de la ingeniería y la producción que determinan el grado en que el producto en uso satisfaga las expectativas del cliente.				
Juran	1974	Introdujo una definición ampliamente utilizada de la calidad, la aptitud para el uso, que describió como el grado en que un producto sirve con éxito a los propósitos del usuario.				
Taguchi	1979	La calidad es la pérdida que un producto causa a la sociedad después de ser enviado, aparte de las pérdidas causadas por su función intrínseca. Es decir no cumple con el objetivo especificado.				
Tuchman	1980	Sostiene que la calidad significa la inversión de la mejor habilidad y el esfuerzo posible para producir los mejores y más admirables resultados posibles.				
Zeithaml	1988	La calidad puede ser definida en términos generales como la superioridad o excelencia.				
Crosby	1988	La calidad es la conformidad con los requisitos, implica conocer y aplicar cuatro criterios: cumplimiento de los requerimientos, la prevención, un estándar de cero defectos y la medición de la misma sería el precio del incumplimiento.				
Deming	1989	La calidad solo puede definirse en función del sujeto y reside en la traducción de las necesidades futuras del usuario a características evaluables, de forma que el producto se pueda diseñar y fabricar para proporcionar satisfacción por el precio que el sujeto tenga que pagar.				
Pirsig	1992	Definir la calidad como excelencia significa que se entiende "por delante de la definición... como una experiencia independiente directa de y antes de abstracciones intelectuales".				
Dale, Van der Wile, & Iwaarden	2007	Las diferentes definiciones de calidad se pueden reducir a cualquiera que cumpla los requisitos y las especificaciones o satisfaga y deleite al cliente.				
NTC-5555	2007	Grado en que un conjunto de características (véase el numeral 3.5.1 NTC-ISO 9000) inherentes cumple con los requisitos (véase el numeral 3.1.2 de la norma NTC-ISO 9000), es decir, con las necesidades o expectativas de los clientes (véase el numeral 3.1.2 de la norma NTC-ISO 9000).				
NTCGP 1000:2009	2009	Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.				
						CALIDAD HACIA LA EXCELENCIA

FUENTE: Duque Oliva, 2014.

2.2. SATISFACCION

La satisfacción del cliente se refiere al nivel de satisfacción que experimenta una persona al comparar el rendimiento percibido de un producto con sus expectativas. Esta definición guarda similitud con el concepto de disconfirmación, donde la satisfacción del cliente se relaciona con la emoción que surge cuando las expectativas no se cumplen.(21)

Según Zeithaml y Bitner la satisfacción reporta a la percepción íntima que experimenta el cliente o usuario y a la evaluación que éste realiza del respecto del servicio al cual se enfrenta, sea en términos de si éste respondió a sus necesidades o bien si la entrega le permite alcanzar y superar sus propias expectativas. Como la satisfacción es medida mediante el cumplimiento de las expectativas, es necesario definir tal concepto en términos del servicio esperado por el consumidor según Oliva. Al respecto, según Zeithalm y Bitner las expectativas tienen dos componentes fundamentales.(20) El primero se denomina “Servicio deseado”, mismo que se define como el nivel de servicio que el cliente espera recibir. El segundo se denomina “Servicio adecuado” el cual se corresponde con el servicio mínimo tolerable que el consumidor está dispuesto a aceptar.

Definitivamente parece razonable considerar que la satisfacción del cliente con el servicio es un indicador excelente de la calidad percibida, lo cual a su vez influye en la satisfacción. La calidad de un servicio se refleja en la satisfacción que experimenta el cliente al disfrutarlo, por lo que la satisfacción puede entenderse como la consecuencia de la calidad percibida del servicio. Medir la satisfacción implica medir indirectamente la calidad percibida del servicio recibido.(25)

2.3. PERCEPCIÓN

El proceso de percepción es la forma en que un individuo selecciona, organiza e interpreta la información que recibe para crear una imagen comprensible del mundo, según Berelson y Steiner. Además, las percepciones siempre deben considerarse en relación con las expectativas. Por otro lado, Zeithaml y Bitner plantean la importancia de identificar y determinar cómo los clientes perciben los servicios en términos de su calidad y el grado de satisfacción que experimentan en el proceso.(20)

En la actualidad, los expertos tienden a considerar la calidad como un problema o un reto organizacional, en gran medida independiente del sector en el que una organización productiva se desenvuelve, aunque el análisis comparativo de empresas de bienes y de servicios arroja algunas diferencias notorias, sobre todo derivadas de la relativa intangibilidad de los servicios, que es lo que hace que la satisfacción del cliente sea el referente principal del nivel de calidad alcanzado (calidad percibida).(25)

2.4. CALIDAD VERSUS SATISFACCIÓN

Las relaciones entre la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor han sido ampliamente discutidas en la literatura de marketing. Parasuraman et al. (1988) y Cronin y Baker (1994) son autores destacados en este tema. Existe evidencia que sugiere que la calidad de servicio y la satisfacción del consumidor están interrelacionadas y comparten una relación cercana. La calidad de servicio y la satisfacción del consumidor son conceptos interdependientes y se consideran constructos clave en el ámbito del marketing. La calidad de servicio se refiere a la percepción del cliente sobre la excelencia del servicio recibido, mientras que la satisfacción del consumidor se refiere al grado en que las expectativas del cliente se cumplen o superan.(20)

El cumplimiento de una demanda genera satisfacción en el usuario, lo que se relaciona con un sentimiento de saciedad y un estado psicológico de satisfacción.

Sin embargo, la calidad del servicio es la base de la satisfacción expresada por el consumidor. La calidad de servicio se manifiesta en un juicio global placentero. La evidencia teórica y empírica respalda la relación entre la calidad de servicio y la satisfacción del cliente. Aunque no son constructos equivalentes, están relacionados y contribuyen a la percepción de una calidad sostenible. Además, se ha argumentado que la satisfacción del cliente y la calidad de servicio son constructos independientes pero estrechamente relacionados. Un enfoque adoptado en un estudio sostiene que la satisfacción del cliente debe ser operacionalizada en los mismos factores y elementos en los que se opera la calidad de servicio, lo que implica una relación cercana entre ambos constructos.(23,24,26,28,29)

2.5. SATISFACCION EN SERVICIOS DE SALUD

2.5.1. DEFINICIÓN

La satisfacción de los clientes es el nivel de satisfacción que experimentan los clientes al utilizar un servicio. Por lo tanto, refleja la diferencia entre el servicio esperado y la experiencia del servicio, desde el punto de vista del cliente. La medición de la satisfacción de los clientes o de los pacientes se ha convertido en una parte integral de las estrategias de gestión de hospitales y clínicas en todo el mundo. Además, el proceso de garantía de calidad y acreditación en la mayoría de los países exige que se mida la satisfacción de los clientes de forma periódica.(30)

Preguntar a los pacientes qué opinan sobre la atención y el tratamiento que han recibido es un paso importante para mejorar la calidad de la atención y garantizar que los servicios sanitarios locales satisfacen las necesidades de los pacientes.(31) Es un hecho comprobado que la satisfacción influye en que una persona busque consejo médico, cumpla con el tratamiento y mantenga una relación continua con los profesionales.(32,33) Donabadian, posiblemente el principal teórico en el ámbito de la garantía de calidad, ha subrayado que la satisfacción del cliente tiene una importancia fundamental como medida de la

calidad de la atención, ya que proporciona información sobre el éxito del proveedor a la hora de cumplir los valores y las expectativas del cliente, que son cuestiones en las que el cliente es la última autoridad.(34,35)

Según Chavez(36), “La satisfacción del usuario es el grado de concordancia entre sus expectativas de calidad en el servicio y la atención recibida”.

Entonces la satisfacción del usuario depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de sus expectativas. El usuario está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.(37) Si las expectativas del usuario son bajas o si el usuario tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Los usuarios en los establecimientos de salud, por lo general, aceptan la atención de salud sin quejarse y hasta expresan satisfacción por ella, cuando participan en encuestas. La satisfacción del usuario, expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena; puede significar que las expectativas son bajas. Es posible que el usuario diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas, o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho".

Los usuarios pueden decir que están satisfechos por varias razones, como querer complacer al entrevistador, temer que no se les presten servicios en el futuro, debido a las normas culturales en contra de las quejas, o porque responden positivamente a la palabra "satisfecho". Por lo tanto, los administradores no deben asumir que los servicios prestados son adecuados solo porque los usuarios no se quejan. Incluso niveles bajos de insatisfacción, como el 5%, son importantes de tomar en cuenta. Si los usuarios perciben la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios y reducir la calidad de atención. A veces, los usuarios solicitan pruebas,

procedimientos o tratamientos inapropiados porque creen erróneamente que son de buena calidad. Por lo tanto, los administradores deben ser conscientes de que la satisfacción del cliente no siempre es un indicador confiable de la calidad del servicio y deben tomar en cuenta incluso los niveles bajos de insatisfacción reportada para mejorar la calidad de atención.(38)

La satisfacción de los usuarios externos, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo, es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario.(39,40)

2.6. CALIDAD PERCIBIDA Y SATISFACCION DEL PACIENTE

La percepción del paciente es fundamental para evaluar la calidad de la atención médica. Esta percepción se basa en la diferencia entre lo que el paciente considera que debería ocurrir (mínimo aceptable) y lo que realmente experimenta. Además, la imagen pública de la organización o servicio de salud también influye en la percepción de calidad. Es importante destacar que la valoración de la calidad puede realizarse incluso sin haber experimentado directamente el servicio. Enfoques teóricos consideran que la percepción de calidad es un antecedente de la satisfacción del paciente.(41)

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre lo que el paciente espera que ocurra según su experiencia previa y lo que dice haber obtenido tras recibir asistencia. Es importante destacar que la satisfacción solo puede existir si el paciente tiene experiencia previa con el servicio. La satisfacción se considera un predictor de la conducta de compra o búsqueda del consumidor. En el caso de la atención primaria, donde la prestación del servicio no es esporádica, la calidad percibida y la satisfacción pueden confundirse. Las expectativas y preferencias preformadas también influyen en la satisfacción con el servicio prestado. La satisfacción puede referirse a diferentes aspectos, como el tiempo de espera, el

ambiente y la atención recibida. Además, la satisfacción del usuario es un aspecto importante de la calidad en salud.(41,42)

Mientras que el antecedente de la calidad percibida es la imagen que se posee del servicio, los antecedentes de la satisfacción suelen ser procesos cognitivos y emocionales y atribuciones de coste-beneficio (sentimiento de ser tratado con justicia, de recibir lo que se merece, equilibrio entre los costes que se tienen que asumir y los beneficios que se obtienen). En la práctica, las investigaciones concluyen que mientras una valoración positiva de la calidad del servicio supone un mayor nivel de satisfacción, una baja calidad percibida puede ir acompañada de una alta satisfacción.(42)

2.6.1. ELEMENTOS DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD

Aunque a lo largo de décadas se han descrito múltiples elementos de calidad, cada vez se reconoce más que los servicios sanitarios de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y centrados en las personas. Además, para obtener los beneficios de una atención sanitaria de calidad, los servicios sanitarios deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

A continuación se describen algunos de los elementos.(43,44)

- Eficaz, atención basada en el conocimiento científico y en las directrices basadas en la evidencia, siguiendo un proceso sistemático para llegar a un plan de plan de tratamiento integrado entre los distintos proveedores que la atienden.
- Segura, minimizando los daños, incluidas las lesiones evitables y los errores médicos, para el paciente.

- Centrada en las personas, es decir, respeta y responde a sus preferencias, necesidades y valores.
- Oportuna, es decir, mantendría los retrasos en de la prestación y la recepción de los servicios.
- Equitativa, por lo que la calidad de la atención que calidad de la atención que recibe no varía en función de características personales como raza, etnia, ubicación geográfica y situación socioeconómica.
- Integrada, por lo que se coordinaría la atención que recibe en los distintos centros y proveedores.
- Eficientes y, por lo tanto, evitan el desperdicio de recursos, incluyendo equipos, medicamentos, energía e ideas.

En resumen, la atención sanitaria de alta calidad es la atención adecuada, en el momento adecuado, de forma coordinada, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios, al tiempo que se minimizan los daños y el desperdicio de recursos. La atención sanitaria de alta calidad tiene por objeto, en última instancia, aumentar la probabilidad de obtener los resultados sanitarios deseados. La búsqueda de una atención sanitaria de alta calidad reconoce que esa mejora es un proceso continuo o dinámico, y no estático. Independientemente del nivel de ingresos de un país, si hay margen para mejorar los resultados sanitarios, la calidad de la atención también puede aumentar.

2.6.2. ATRIBUTOS DE LA CALIDAD

Un atributo de calidad (QA) es una propiedad medible o comprobable de un sistema que se utiliza para indicar lo bien que el sistema satisface las necesidades de sus partes interesadas.(45) En otras palabras, un atributo de la calidad es lo

que hace que un sistema sea bueno con respecto a una parte interesada específica.

Según Álvarez(22), se pueden determinar según el esquema sistémico de entradas, estructura, (oferta y demanda), proceso y salidas (resultados, impacto) y procesos de retroalimentación (control). A continuación, se describen cada uno de estos.

DE ESTRUCTURA

Los elementos de oferta y demanda, normatividad y todas aquellas variables que influyan directamente en el sistema. Los de mayor uso de manera continua por los auditores, pero no los únicos, son la infraestructura Física, la dotación, los recursos humanos, la organización empresarial con la estructura orgánica, y las funciones de las diferentes reparticiones y funcionarios.(22,46)

Adecuación. Hace mención a la conexión entre los recursos de una empresa o centro de atención y la demanda de los usuarios. Esta relación es considerada apropiada cuando ambos elementos se encuentran en equilibrio.

Algunos autores discriminan entre(30,32,35,46,47):

- Adecuación funcional: Se refiere a la capacidad de un instrumento para cumplir con la función para la cual fue creado.
- Adecuación técnica: Referida a la capacidad de la tecnología disponible en una institución para manejar la patología o producir los productos más comunes.
- Adecuación de volumen: Es la capacidad de los recursos de una empresa o centro de atención en salud para atender a la población asignada.

Accesibilidad geográfica y física. La disponibilidad geográfica del centro se refiere a la facilidad con la que el usuario puede acceder a él. Es importante que el centro esté ubicado en un lugar seguro y no demasiado lejano para el usuario.

Cada entidad discute, según sus condiciones, la distancia en términos de tiempo de acceso, y se establece que no debe ser mayor a una hora y media para la atención básica. Además, se hace referencia a la seguridad de las instalaciones internamente. Por ejemplo, en un hospital, la consulta externa no puede estar ubicada en un piso sin ascensor, ya que esto dificultaría el acceso para los usuarios.

Comodidad o confort. Cuando las instalaciones físicas cumplen con las normas arquitectónicas de adecuación física, se garantiza un ambiente humano agradable. Algunos de los aspectos que se deben considerar son la ventilación, el área suficiente, la privacidad, el ruido y la limpieza.

Trato humano. Hace referencia a la importancia del manejo que el cliente interno debe tener con el cliente externo, en particular con el usuario, para proporcionarle la información adecuada de manera amable y respetuosa, y así ofrecer al usuario un ambiente de confianza y seguridad. A continuación, se presentan algunos principios y consejos que pueden ayudar a mejorar la atención al cliente, tanto interno como externo.

DE PROCESO

Los atributos que hacen referencia al proceso se refieren a las interrelaciones de las actividades y pueden catalogarse, de origen administrativo o asistencial. Ha existido un gran interés en la parte administrativa olvidándose la parte asistencial, error que debe ser corregido.(34,46)

Accesibilidad. Es la disponibilidad de los recursos institucionales y la definición de los procedimientos que garantizan que los usuarios obtengan los servicios de salud que requieren, dentro del marco de las responsabilidades legales de cada entidad. También se refiere a la posibilidad de obtener un servicio de salud según su disposición geográfica o su costo. Cada sistema o servicio establece sus

propios parámetros. Algunas personas miden la accesibilidad como el porcentaje de solicitudes de servicios que fueron atendidas sobre el total de solicitudes.

Oportunidad. Es la capacidad de satisfacción de la necesidad en salud de un usuario en el momento que ha solicitado el servicio, con los recursos adecuados y de acuerdo a la naturaleza, severidad y en el tiempo de respuesta adecuado a la patología. El tiempo de respuesta para proveer la atención es variable, así una atención en un servicio de urgencias de cardiología es inmediata, lo mismo que para un paciente politraumatizado, no así una consulta ambulatoria donde se puede acceder sin generar complicaciones en un mayor tiempo.

Se pueden identificar varias dimensiones de este atributo. Uno es el tiempo de la respuesta que la organización le dio en un momento determinado (atención de una queja, otorgamiento de una cita, de un laboratorio u otros). También puede entenderse como la respuesta en tiempo del o los profesionales en atender una solicitud y depende del tipo de solicitud y del riesgo a que está sometido el paciente. Este es un atributo que se expresa en un indicador de tiempo.

Continuidad. Es mantener la secuencia lógica, permanente y sin interrupciones de todas las acciones necesarias para brindar atención a un usuario con problemas o necesidad de salud, bajo el cuidado de un profesional o de un equipo de profesionales. Se puede considerar como equipo de profesionales a todos aquellos que intervienen en su atención sin importar el nivel de complejidad.

Cuando los sistemas de atención se estructuran por niveles de atención según complejidad creciente, es difícil conservar la continuidad entre los tres niveles, por lo tanto, se pretende establecer procesos que aseguren una rápida atención en los diferentes niveles y que a pesar de cambiar de profesionales se garantice una prestación del servicio de manera secuencial.

Integralidad. Es la atención amplia de la salud en sus aspectos de promoción y fomento de la salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento oportuno, delimitación del daño y rehabilitación de la enfermedad. De tal manera que al paciente se le maneje como un todo y no desde el punto de vista parcial.

Suficiencia. Es la disposición y organización de suministros y recursos para atender de manera integral las necesidades de salud de los usuarios, de tal manera que no exista ausencia de elementos que impidan la atención para la recuperación de su salud. Implica que no se deben recibir atenciones innecesarias, así correspondan a tecnologías de punta, que no mejoren el resultado final.

Racionalidad lógico-científica. (Racionalidad técnica) La correcta utilización del conocimiento en salud y la tecnología biomédica implica resolver un problema específico con un enfoque lógico y óptimo. Esto implica utilizar la información de manera eficiente para la toma de decisiones y garantizar la eficacia, eficiencia y efectividad en el uso de los recursos en la atención de necesidades de salud. Algunos autores también mencionan la importancia de la precisión técnica como un atributo de calidad adicional, que se refiere al cumplimiento de las normas y técnicas médicas en la práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, es preferible evitar hacer esta distinción, ya que puede generar confusión tanto para los auditores como para los auditados.

Atención humanizada. Es el respeto a los pacientes según los derechos humanos en general y de los derechos de los pacientes en particular y la manera como debe efectuarse con calidez y ternura, que tenga en cuenta sus individualidades culturales y religiosas.

Pertinencia, seguridad, idoneidad y competencia profesional. Son tres indicadores que señalan la correspondencia óptima entre requerimientos, procedimientos y resultados alcanzados, la prestación de servicios de salud

bajo condiciones que minimicen los riesgos para la salud de los usuarios y el conjunto de conocimientos y habilidades necesarias para la prestación de un servicio de salud, concordante con el tipo y complejidad del servicio prestado.

Eficiencia y eficacia. La eficiencia “Es una habilidad para minimizar el uso de recursos en el logro de los objetivos organizacionales: hacer las cosas correctamente” y la eficacia es la habilidad para determinar objetivos apropiados: “Hacer las cosas correctas”.(46)

DE RESULTADOS

Satisfacción del cliente externo e interno e impacto. Busca lograr la complacencia tanto del cliente externo, trabajadores de la entidad y profesionales que prestan los servicios, como del cliente interno, paciente, con respecto a los procesos de la prestación de servicios de la institución. Mientras que el impacto son los resultados que se obtuvieron con respecto a lo esperado.(30,46,47)

2.6.3. MEDICION DE LA CALIDAD

La medición y los instrumentos de medición tienen que cumplir algunos requisitos para asegurar la calidad de los datos tales como la confiabilidad, validez y la repetibilidad.(39)

LA CONFIABILIDAD, VALIDEZ Y REPETIBILIDAD

La confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.

La validez se refiere al grado en que un instrumento de medición mide realmente las variables escogidas. Una auditoría puede ser considerada como una correlación de los datos de lo observado y lo medido.(34)

La repetibilidad es un atributo de la confiabilidad que establece la posibilidad de replicación o reproducción de una medición de tal forma que los datos encontrados por dos observadores, bajo las mismas circunstancias, de un mismo objeto o sujeto deben ser iguales. Es decir, la medición se puede repetir y da el mismo resultado.(39)

Por lo tanto, la validez se refiere a si el instrumento mide lo que se propone, es decir, si se mide lo que realmente se pretendió medir.(14–16) La desviación de lo que se pretende medir constituye un error (un error sistemático es un sesgo), la distancia entre lo que se quiere medir y la medición establece el grado de confiabilidad, es decir entre más cercana se encuentre la medición a la realidad de lo que se pretende medir, se dice que es más precisa y si se aparta de ésta, es menor o imprecisa.(15)

El error y el sesgo son conceptos sobre mediciones incorrectas. Lo más frecuente es que un observador al medir un fenómeno, tienda a equivocarse por defecto o por exceso. Esto depende de la técnica del observador y del instrumento que emplee para la medición, si éstos son de buena calidad, es probable que los datos obtenidos de la medición sean cercanos a la realidad.

Cuando los datos que obtiene el observador se apartan de la realidad que se pretende medir se ha cometido un error, que en estadística se llama error aleatorio o al azar, pero si al realizar varias mediciones el error se repite de manera continua siempre hacia el exceso o al defecto, entonces se ha cometido un sesgo o error sistemático, es decir este error se comete cuando existe una tendencia a obtener resultados que difieren sistemáticamente de los valores verdaderos.(14,15)

En calidad existen varios ejemplos de error y sesgo. Las medidas tomadas con equipos deficientes pueden producir errores o sesgos. Si la medida que estos equipos ofrecen se desvía sistemáticamente del valor real por exceso o defecto,

se trata de un sesgo, pero si lo hace unas veces por defecto y otras por exceso, entonces es un error. Las encuestas o interrogatorios a los pacientes pueden contener sesgos involuntarios o voluntarios, ya que algunas veces inducen las respuestas según las creencias del auditor o las órdenes de la Entidad.(16)

El sesgo está fuertemente influido por la subjetividad del observador, en este caso del auditor o del usuario que quiere confirmar sus creencias consciente o inconscientemente o ante un eventual problema con la entidad o el profesional, quiere vengarse y sólo describe los problemas con mayor énfasis.(14)

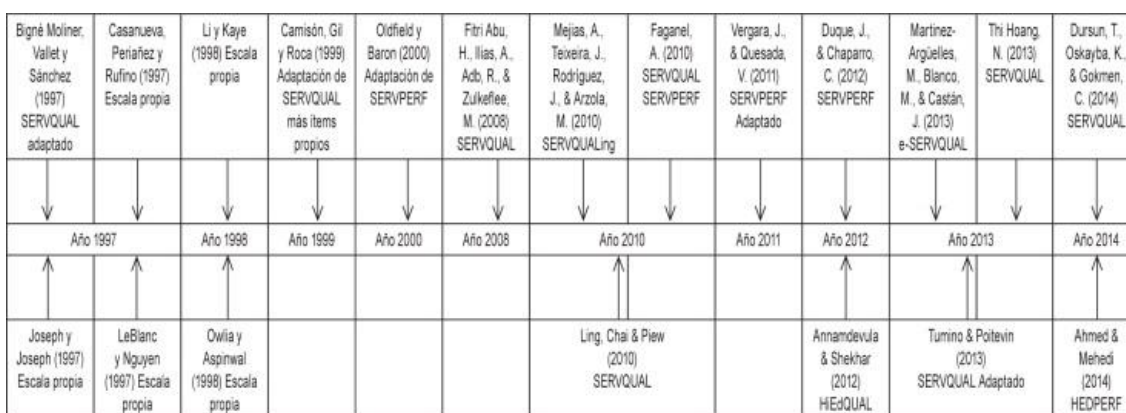
2.1.6 MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

Existen dos modelos dentro del concepto de calidad, el modelo industrial y el de servicios de salud, Donabedian señala sus características:(22)

- El modelo industrial, se enfoca en el consumidor como el árbitro final de la calidad, además de lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura, por tanto, existe un interés continuo en conocer los deseos de los consumidores y traducirlos en características concretas de los productos. El control de costos se convierte en un elemento necesario para asegurar la satisfacción del usuario y, en consecuencia, para generar ventas y éxito financiero.
- En el modelo de atención a la salud se reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables. Para ello se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención en salud. Difiere del modelo industrial en la necesidad que existe de acomodar, dentro de la definición de la calidad, un conjunto más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y la sociedad. Esto añade, a la vez, riqueza y tensiones internas a la definición de la calidad de la atención a la salud.

Desde la perspectiva de la percepción y de los modelos de evaluación, el modelo SERVQUAL (SQ) de Parasuraman, Zeithaml y Berry y SERVPERF de Cronin y Taylor son los más comunes y utilizados. Sin embargo, se pudo establecer a través de la revisión bibliográfica que estos dos modelos presentan vacíos que no se han resuelto y, si bien es cierto que han sido probadas con cierto grado de éxito, no necesariamente pueden aplicarse a todos los contextos según Annamdevula y Shekhar.

FIGURA 3. Línea de tiempo de los modelos de evaluación utilizados



Fuente: Capelleras y Veciana (2001), Vergara y Quesada (2011), Duque y Chaparro (2012), Dursun et al. (2014), Faganel (2010), Tumino y Poitevin (2013), Ling et al. (2010), Thi Hoang (2013), Martínez-Argüelles et al. (2013), Mejías et al. (2010), Annamdevula y Shekhar (2012), Fitri Abu et al. (2008) y Ahmed y Mehedi (2014).

A continuación, se detallan los modelos desarrollados para la medición de la calidad de servicio.

MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE AVEDIS DONABEDIAN

Este modelo propuesto por el Dr. Avedis Donabedian en 1966, siendo una aporte fundamental al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención técnica e interpersonal.(48) Enfocado a la evaluación de la calidad en los servicios de salud en base a tres dimensiones estructura, proceso y resultado, basado en la teoría general de sistemas.

La dimensión estructura refiere a los atributos materiales y organizacionales, además de los recursos humanos y financieros disponibles del sistema asistencial, que son necesarios para proporcionar atención médica en el sitio en el que tiene lugar el proceso de la atención médica; se supone que es más probable que se proporcione buena atención cuando los sitios son adecuados.(48,49). Parte de la premisa de la disponibilidad de buenos medios, relacionando el trabajo con la calidad. Incluye estructura física (instalaciones, equipo, mobiliario, etc.) y toma en cuenta el número y tamaño de este, recursos humanos (número, distribución y capacidad técnica del personal) así como características generales de la organización.

La segunda dimensión proceso relacionado al tratamiento de los pacientes es decir la capacidad de los proveedores, en este caso médicos, para con los pacientes, evaluándose las actitudes, habilidades, destreza y técnica.(49,50). Traducido en la idoneidad, integridad y redundancia de la información obtenida a través de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de diagnóstico; justificación del diagnóstico y la terapia; competencia técnica en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluida la cirugía; evidencia de manejo preventivo en salud y enfermedad; coordinación y continuidad de la atención; aceptabilidad de la atención por parte del receptor.(51)

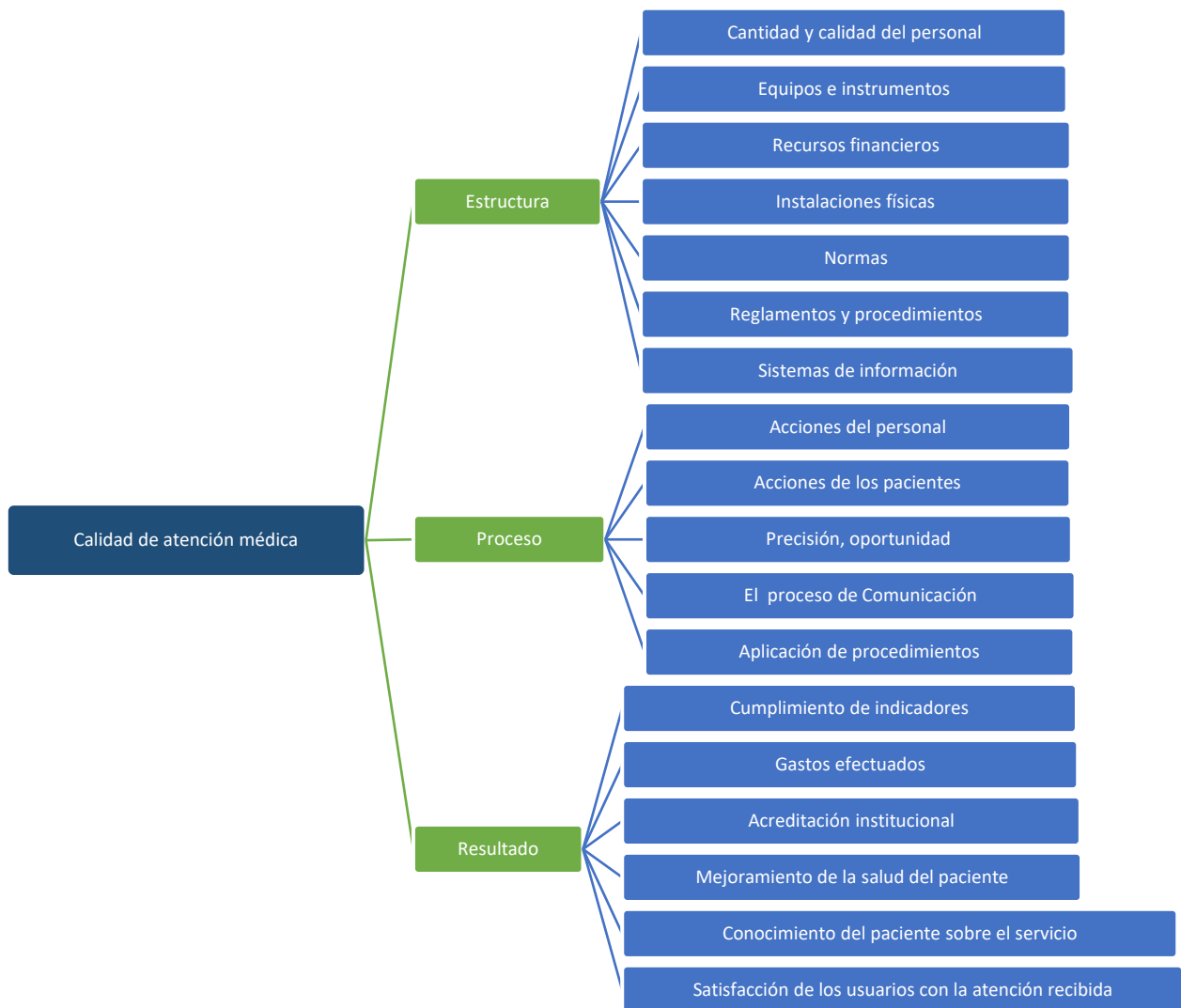
La dimensión resultado es lo que se consigue, normalmente traducido en una mejora en la salud, en términos de recuperación, restauración de la función y supervivencia,(51) aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta adoptada para una salud futura;(28) reflejan tanto el poder de la ciencia médica para lograr ciertos resultados en cualquier conjunto dado de condiciones, como el grado en que se ha aplicado la "medicina científica", tal como se la concibe actualmente.(51)

Donabedian procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios

antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines"; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo.(52)

La característica de este modelo es que se enfoca de gran manera en el personal de salud evaluando su competencia minimizando la percepción de los pacientes.

FIGURA 4. Modelo de calidad de la atención médica de Donabedian



Fuente: Donabedian (1966).

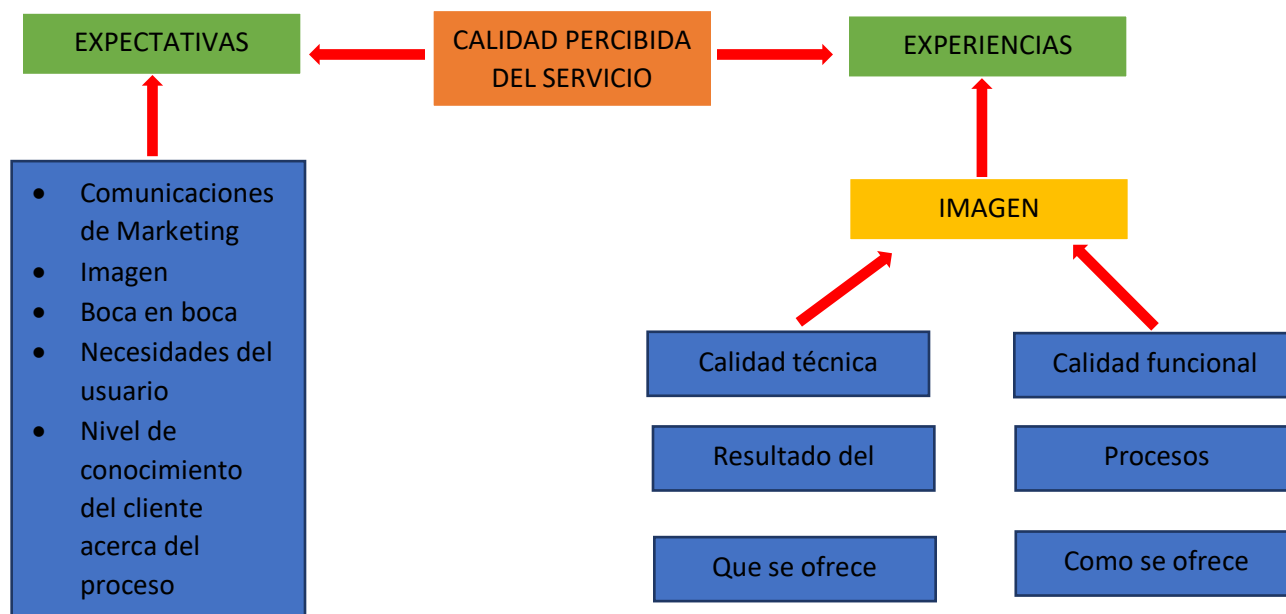
MODELO DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GRÖNROOS

Conocida como el modelo Nórdico, planteado por Grönroos (1988, 1994), relaciona la calidad con la imagen corporativa, el cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa.(19) Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio.(21)

Este modelo integra la calidad del servicio en función de tres componentes o dimensiones:(19,28)

- a) La calidad técnica o resultado del proceso de prestación de servicio, referida al “qué” representa el servicio recibido por los usuarios; que tiene un carácter objetivo, determinado por las características propias del servicio (horario de atención, rapidez en la atención, tiempo de atención por el especialista, etc.)
- b) La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso, representa el “cómo” el usuario recibe y experimenta el servicio, relacionada con la forma en la cual se ha prestado el servicio a los usuarios por el personal del establecimiento (apariencia física y emocional del personal de salud, etc.).
- c) La calidad organizativa o imagen corporativa, representa el resultado de cómo el usuario percibe la empresa a través del servicio que presta, afecta su percepción de la calidad del servicio y está asociada a la imagen que se forma sobre la organización, ya sea por su experiencia previa o por la comunicación que haya recibido.(21) Esta dimensión ejerce la función de filtro de las dimensiones anteriores.

FIGURA 5. Modelo de calidad del servicio de Grönroos



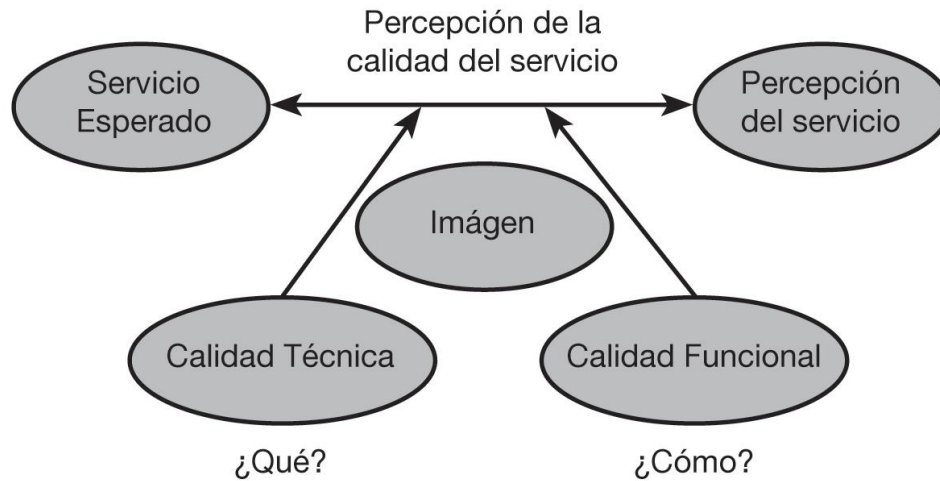
Fuente: Grönroos (1984).

Grönroos afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada, paradigma de la desconfirmación.(19)

Concluye que la calidad del servicio es el resultado de la evaluación, denominada calidad de servicio percibida, donde el cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido. El servicio esperado, está formado por diferentes factores que influyen directamente en las expectativas; por lo tanto, es conveniente desarrollar un sistema de comunicación adecuado entre la empresa y los clientes. Es el personal que está directamente en contacto con los clientes quienes se convierten en el primer canal de comunicación del servicio que se presta (forma, costo, tiempo, etc.), de los inconvenientes que se pueden producir con o por esa prestación y cómo estos pueden ser resueltos.(53)

Un esquema que simplifica el modelo es el siguiente:

FIGURA 6. Modelo nórdico, percepción de la calidad de servicio



Fuente: Grönroos (1984).

MODELO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO (SERVQUAL)

Es uno de los modelos más utilizados hasta el momento, corresponde su planteamiento a Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988), la base al igual que Grönroos fue el paradigma de la desconfirmación.

El paradigma de desconfirmación postula que el nivel de satisfacción del cliente o las evaluaciones de la calidad por parte de los consumidores están influidas por algún estándar de comparación previo a la compra del producto o al uso del servicio, una norma o algo que se espera que suceda.(25)

El instrumento desarrollado llamado SERVQUAL (Service of quality) evalúa por separado las expectativas y la percepción del usuario de un servicio, que de manera inicial pudieron identificar 10 dimensiones:(19)

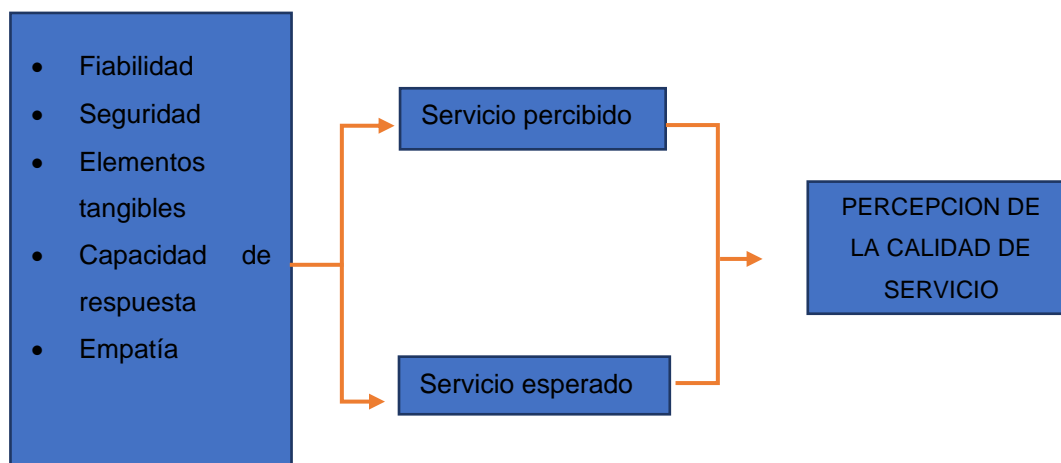
1. Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales.
2. Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para proveerlos de un servicio rápido.

4. Profesionalidad: Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.
5. Cortesía: Atención, respeto y amabilidad del personal de contacto.
6. Credibilidad: Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee.
7. Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
8. Accesibilidad: Lo accesible y fácil de contactar.
9. Comunicación: Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos.
10. Comprensión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Posteriormente después de varias pruebas y estudios determinaron que muchas de las dimensiones se relacionan y no son independientes una de otra por lo que reducen a cinco dimensiones.(19,28,54)

1. Fiabilidad, la habilidad para desempeñar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
2. Seguridad, el conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para expresar confianza.
3. Elementos tangibles, apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.(54,55)
4. Capacidad de respuesta, indica la percepción sobre la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios, si se proporciona rapidez e inmediatez en el servicio, además de si se solucionan sus problemas y quejas.
5. Empatía, responde qué tan personalizada y adaptada a las necesidades, está la atención en el servicio al cliente. El cliente espera atención individual y humanitaria (afectuosa) por parte del proveedor del servicio; es la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro.(55)

FIGURA 7. Modelo SERVQUAL



Fuente: Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988). Zeithaml y Parasuraman (2004).

El instrumento desarrollado está compuesto por tres secciones, la primera mide expectativas del cliente, recoge la opinión de cómo debe ser un servicio determinado. Para tal efecto se aplican 22 ítems, la puntuación consiste en situar en una escala del 1 al 7 el grado de expectativa. Calificación 1, para una percepción o expectativa muy baja para el servicio en cuestión, hasta una calificación 7, para una percepción o expectativa muy elevada del mismo servicio.(54)

En un segundo momento, se recoge la percepción del usuario respecto al servicio que presta la empresa o en este caso el establecimiento de salud. Es decir, hasta qué punto considera que el servicio posee las características descritas en cada declaración.

Finalmente, en el tercer momento, situada entre las dos anteriores, cuantifica la evaluación de los clientes respecto a la importancia relativa de los cinco criterios, lo que permitirá ponderar las puntuaciones obtenidas.

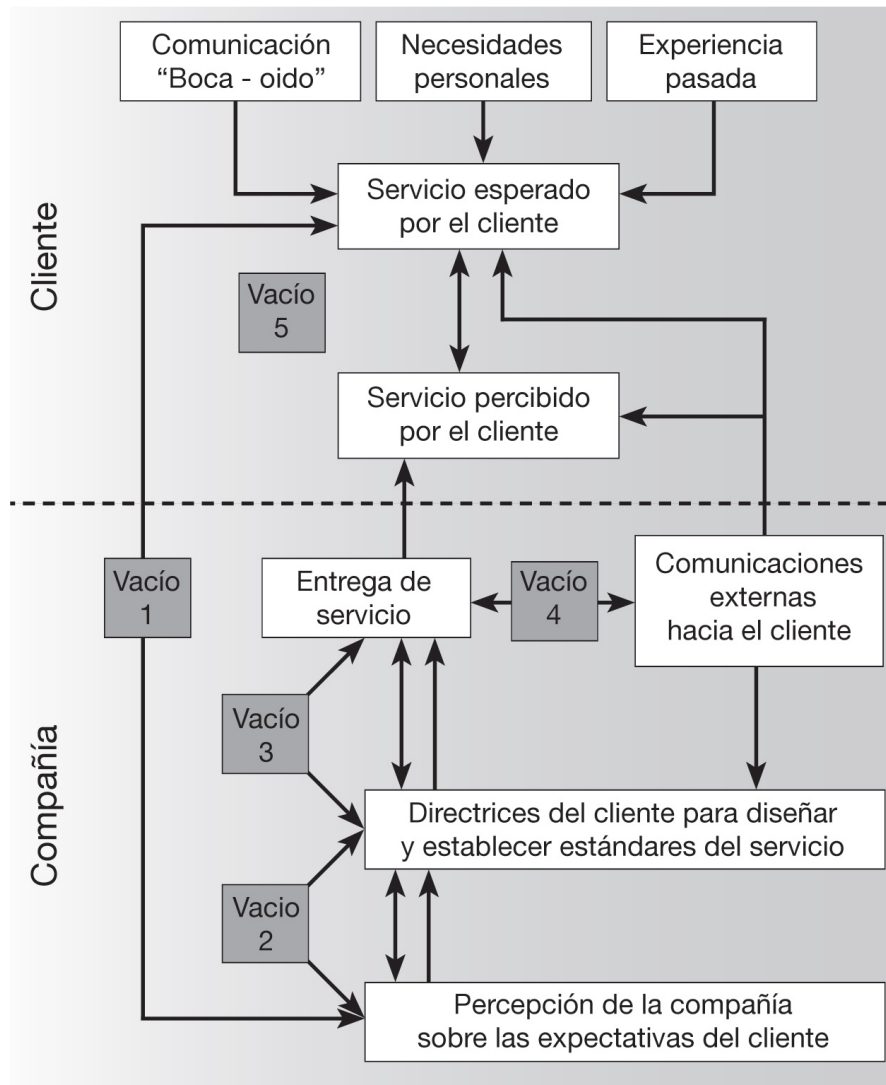
A partir de lo anterior el modelo SERVQUAL identifica la brecha entre percepción y expectativa, expresado en un valor. Si dicho valor es positivo ($P > E$), significará que la percepción supera a la expectativa y por lo tanto existe satisfacción en ese ítem. Por el contrario, si dicho valor es negativo ($P < E$), significa que no se cumple con la expectativa y por lo tanto existe insatisfacción.(54)

A partir de lo mencionado, los autores identifican al aplicar este modelo una serie de discrepancias, llamándolas “gap” o vacío, deficiencias existentes respecto a las percepciones de la calidad de servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores.(19) En el entendido de que estas deficiencias son los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad.

A partir de la identificación de los vacíos se identificaron cinco referidos a este punto.

- Gap 1: Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.
- Gap 2: Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.
- Gap 3: Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.
- Gap 4: Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.
- Gap 5: Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.
- Que se resumen en el siguiente esquema.

FIGURA 8. Modelo SERVQUAL, vacíos o gaps identificados



Fuente: Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988). Zeithaml y Parasuraman (2004).

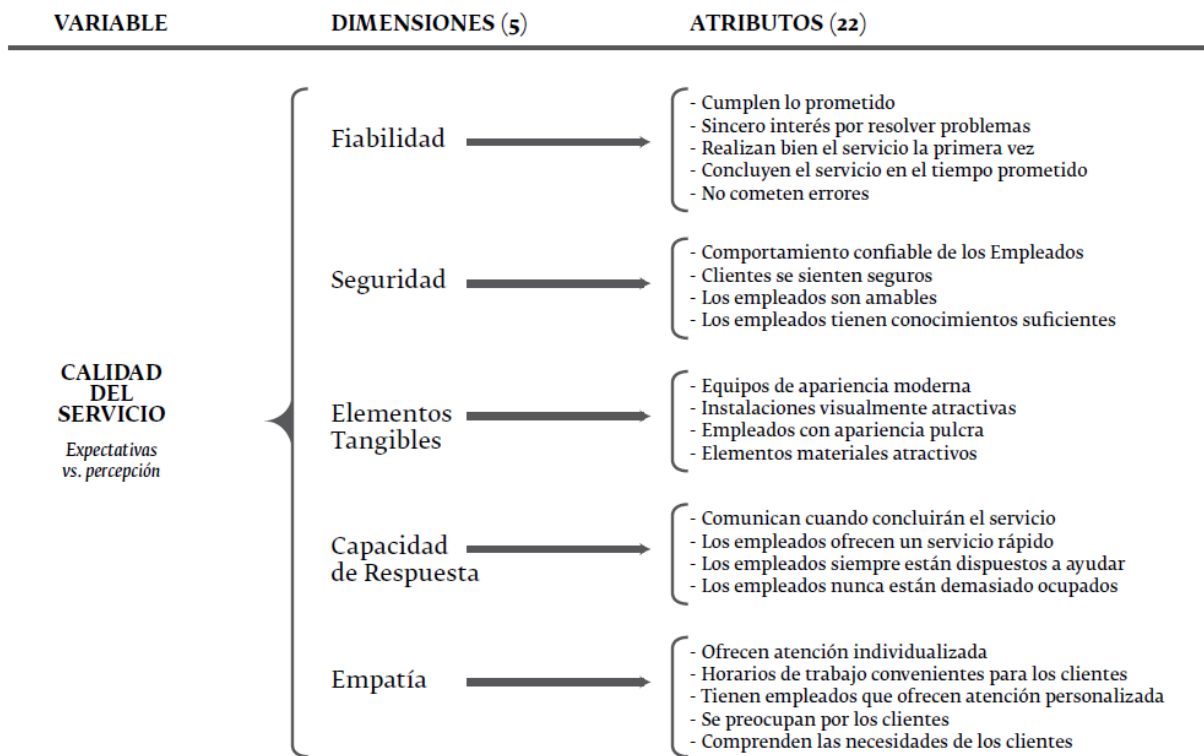
Los autores refieren que el vacío cinco es la consecuencia general de las evaluaciones particulares y su sensibilidad radica en las variaciones de los vacíos 1 a 4.

Los 22 ítems que hacen referencia a las cinco dimensiones de evaluación de la calidad citadas, son agrupadas de la siguiente manera:

- Elementos tangibles: 1 – 4.
- Fiabilidad: 5 – 9.

- Capacidad de respuesta: 10 – 13.
- Seguridad: 14 – 17.
- Empatía: 18 – 22.

FIGURA 9. Modelo SERVQUAL, dimensiones y atributos



Fuente: Parasuraman, Zeithaml Y Berry) (1985-1988)

Una desventaja de este método por la aplicación del formato de encuesta tiene una alta posibilidad de generar información sesgada, esto debido a que las personas pueden no entender la dinámica del cuestionario, y por ello no saber con certeza si el significado de las preguntas es totalmente claro. Considerando que el instrumento cuenta con 5 dimensiones y 22 atributos en total, que el momento de evaluar las percepciones y las expectativas, puede ser tedioso al usuario de responder la totalidad de 44 preguntas.(20)

MODELO SERVICE PERFORMANCE SERVPERF DE CRONIN Y TAYLOS

En 1992 Cronin y Taylor establecieron una escala más concisa que SERVQUAL y la llamaron SERVPERF(Service Performance) cuyo nombre se debe a la atención que presta el empleador evaluando su desempeño al momento de brindar un servicio.(56) Este modelo está basada exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL, la cual tiene en cuenta tanto las expectativas como las percepciones. Basad en que la escala SERVQUAL no presentaba mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida.(19) Propone una medición que elimina la parte de referencias de expectativas de los clientes, pues es un concepto complejo porque demarca la posibilidad de algo en un futuro y, si bien una medición acerca de servicios es aproximada por su carácter de intangibilidad, sería más intangible haciendo medición de futuros, como lo es la expectativa (posibilidad o esperanza de algo).(57) Según Esteban & Rubio (2006), postulan que “una de las ventajas del SERVPERF es la claridad del encuestado al momento de proporcionar mayor precisión en sus respuestas”(56)

Algunas de las ventajas del SERVPERF, requiere menos tiempo para la administración del cuestionario, solo se pregunta una vez por cada ítem o característica del servicio. Las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción que las medidas de la diferencia, finalmente la interpretación y el análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo.(56,57)

Existen dos versiones de SERVPERF: la simple, en la que sólo se miden las percepciones de la actuación, y la ponderada, en la que también se recoge la importancia que el cliente otorga a los distintos aspectos que engloban las dimensiones del servicio, operando las puntuaciones de importancia como factores de ponderación de las puntuaciones dadas a la actuación. En la práctica, la versión de SERVPERF que se suele utilizar es la primera de las dos mencionadas.

MODELO DE DESEMPEÑO EVALUADO, PE

El modelo de Desempeño Evaluado, PE, por su sigla en inglés, fue planteado por Teas (1993) está centrada en tres puntos:

- Interpretación del concepto “expectativas”
- Operativización de dicho concepto
- Valoración de modelos alternativos al SERVQUAL para la evaluación de la calidad del servicio percibida

Es una escala que acepta como punto de partida las dimensiones del servicio identificadas por SERVQUAL, así como la metodología de la pauta no confirmatoria substractiva (discrepancia entre expectativas y percepciones), pero sustituyendo las expectativas por el concepto de “punto ideal”, es decir, una puntuación del “nivel” que los distintos aspectos del servicio deberían tener.(25)

No plantea dimensiones en su modelo, más bien establece elementos para que su modelo de partida puntualice sus características de análisis. El autor expone dos conceptos al respecto: el modelo de desempeño evaluado (EP) y el modelo de calidad normalizada (NQ) que integra el concepto de punto ideal clásico con el concepto de expectativas.(19)

MODELO DE LOS TRES COMPONENTES

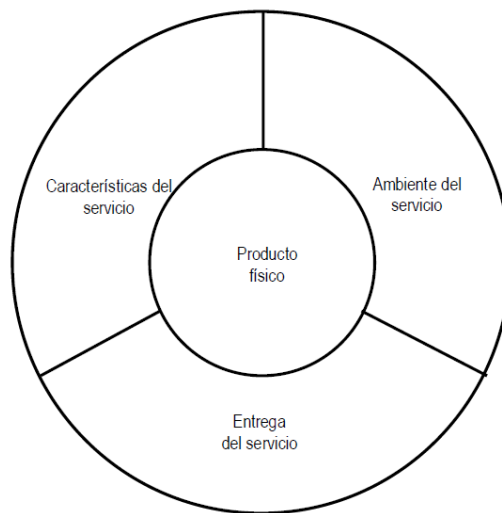
Rust y Oliver (1994) presentaron una conceptualización no probada, pero que fundamenta lo planteado por Grönroos. Su justificación está en las evidencias encontradas por autores como McDougall y Levesque (1994) en el sector bancario y por McAlexander et al., (1994) en el sector sanitario.

La dirección de servicio incluye tres distintos aspectos: características del servicio, diseño del ambiente del servicio y entrega del servicio, en particular, las

características del servicio son cualquiera de los rasgos del servicio que son ofrecidos (Neslin, 1983). El ambiente del servicio son los ajustes y propósitos requeridos para administrar el servicio (Bitner, 1992). Al contrario, la entrega del servicio es como el servicio es proporcionado en una ocasión específica (Bitner, Booms, y Tetreault, 1990).(24)

Estas distinciones ponen en claro que la medición de la calidad del servicio no debe solo distinguere entre satisfacción, calidad y valor, esta debe también involucrar las características del servicio, el ambiente del servicio y la entrega del servicio (Rust y Oliver, 1994).

FIGURA 10. Modelo de los tres componentes de Rust y Oliver



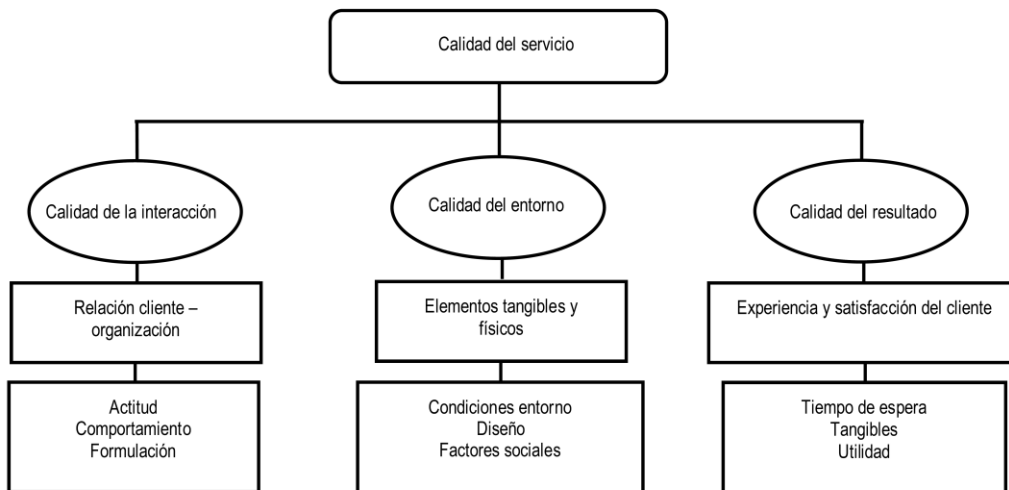
Fuente: Parasuraman, Zeithaml Y Berry) (1985-1988)

MODELO JERARQUICO MULTIDIMENSIONAL DE BRADY Y CRONIN

En el estudio de las percepciones de los usuarios de servicios, Brady y Cronin (2001) desarrollan una solución tridimensional para completar la modelización de la calidad de servicio. Entienden que no es excluyente de otros modelos pero que resulta más completo y definen la calidad de los servicios a través de tres dimensiones: la calidad de interacción, la calidad del entorno y la calidad de resultado.(24)

- Calidad de Interacción, consiste en las actitudes de los empleados, el comportamiento entre empleado y cliente, y la formación de los profesionales que ofrecen el servicio. Ésta se refiere a la experiencia del cliente como resultado de la interacción con el elemento humano de la organización, pues la importancia de este rol de los empleados en primera línea es bien evidente en la industria de servicios.
- Calidad de Entorno, se centra en el diseño de las instalaciones, las condiciones ambientales, y los factores sociales. Se refiere a los elementos físicos o tangibles de la organización y a si otros usuarios influyen en el buen desarrollo del servicio.
- Calidad de Resultado, se desarrolla en las subdimensiones de tiempo de espera, elementos tangibles y utilidad. Esta dimensión se refiere a los beneficios para el cliente o el resultado del servicio recibido, también es entendido como el producto final del servicio.

FIGURA 11. Modelo jerárquico multidimensional de Brady y Cronin

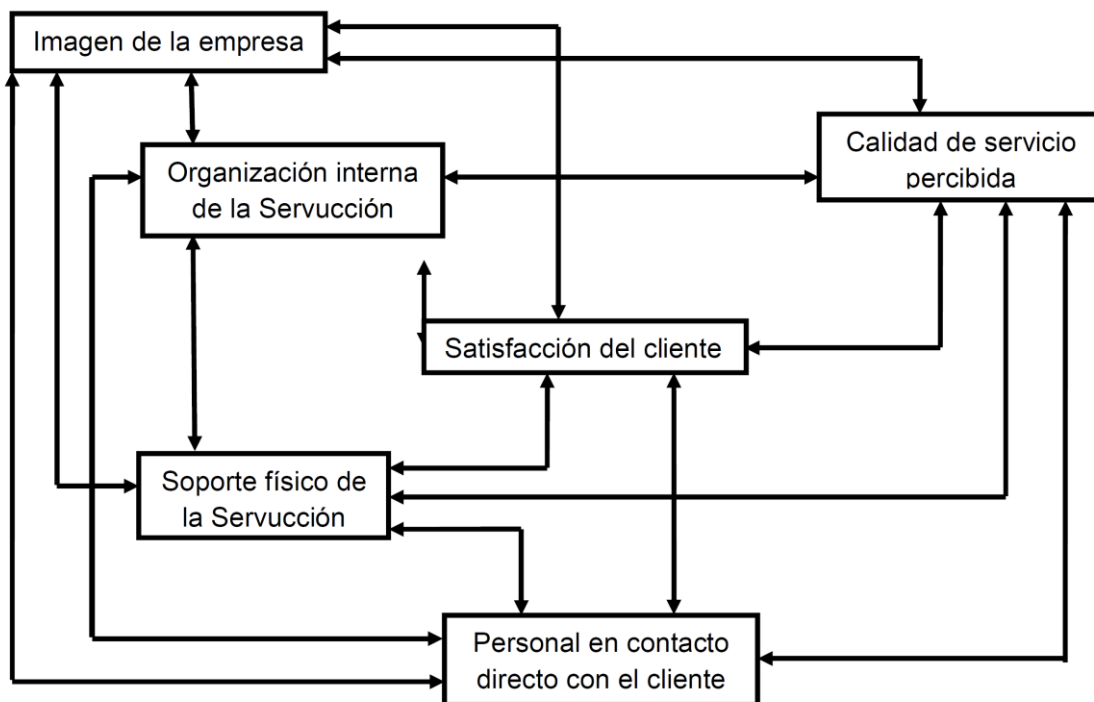


Fuente: Calabuig et al. (2012)

MODELO DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE NGUYEN

El modelo presentado por Nguyen (1991) se estructura a partir de las relaciones entre los componentes: imagen de la empresa, resultado del personal en contacto, organización interna de la servucción, soporte físico de la servucción y la satisfacción del cliente, para explicar la evaluación de la calidad de un servicio hecha por el cliente. Plantea que cuanto mayor sea la percepción del cliente en cada uno de los componentes del modelo, mayor será la percepción de calidad de servicio, por tanto, la hipótesis inicial se basa en la consideración de las variables anteriores como factores explicativos de la variable dependiente calidad de servicio percibida. El autor se inspira en el sistema de servucción planteando los tres elementos de la empresa que se deben cuidar para que el servicio tenga calidad (sistema de organización interna, soporte físico y personal en contacto).

FIGURA 12. Modelo conceptual de la calidad de los servicios

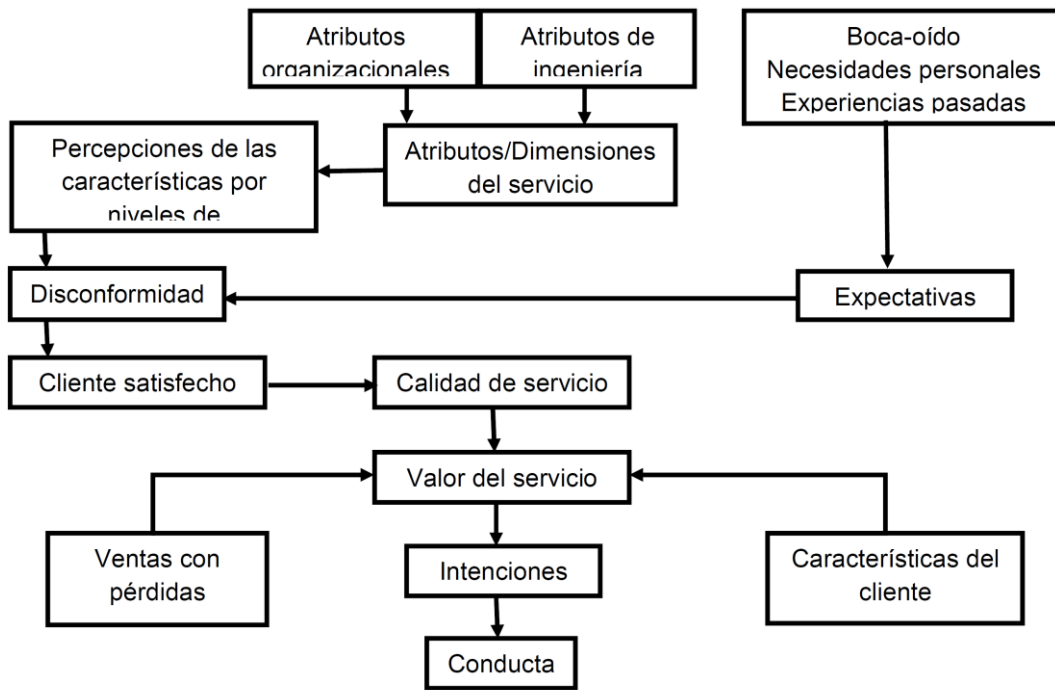


Fuente: Nguyen, Nha (1991a).

MODELO MULTIETAPA DE VALORACIONES

El modelo de Bolton y Drew (1991) presenta la calidad de servicio percibida como la disconformidad que existe las expectativas del cliente en relación al servicio y las percepciones de las características por niveles de componentes. Los autores plantean que las expectativas del cliente se forman por la comunicación boca oído ya sea entre clientes o por parte de las empresas proveedoras de servicio, las necesidades personales del cliente y sus experiencias pasadas, a su vez, plantean que las percepciones de las características por niveles de componentes se evalúan en base a atributos y dimensiones del servicio y que dichos atributos se pueden clasificar en atributos organizacionales y atributos de ingeniería. De la disconformidad entre las expectativas de los clientes y las percepciones en base a dichos atributos y dimensiones el cliente quedará satisfecho o insatisfecho y resultado de varias satisfacciones el cliente percibirá calidad en el servicio lo cual llevará al cliente a reconocer que el servicio tiene valor desde su punto de vista. Cuando el cliente reconoce el valor que presenta los servicios de la empresa le derivará las intenciones y conductas post-compra. Bolton y Drew (1991) plantean que la calidad de servicio que percibe el cliente, así como el valor del servicio dependerá en primer lugar, de las características que tiene ese cliente, dígase sus características culturales, personales, sociales y psicológicas para lo cual adopta una actitud frente a la empresa que no tiene que ser igual para todos los clientes y, en segundo lugar, de la consideración por parte de la empresa de no tener ventas con pérdidas.

FIGURA 13. Modelo multietapa de valoraciones



Fuente: Bolton y Drew (1991)

CUADRO 1. Comparación de dimensiones explicativas por modelo

Modelo	Valoración		Dimensiones/factores														
			Imagen corporativa								Personal en contacto			Servicio			
	Expectativas	Percepción	Marketing	Precios	Experiencias previas	Tradiciones	Ideologías	Comunicación boca-boca	Cultura organizacional	Filosofía	Elementos tangibles	Empatía	Fiabilidad	Seguridad	Capacidad de respuesta	Características	Objetivos
Modelo de la calidad en el servicio de Gronroos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓
SERVQUAL	✓	✓									✓	✓	✓	✓	✓		
SERVPERF		✓									✓	✓	✓	✓	✓		
Modelo de los tres componentes	✓	✓			✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Modelo de encuentro de servicio	✓	✓	✓	✓							✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Modelo multietapa de valoraciones	✓	✓		✓	✓						✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Modelo de la calidad de servicio de Nguyen		✓				✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Modelo del desempeño evaluado	✓	✓															

2.1.7 DETERMINANTES CULTURALES DE LA SALUD

Antes de tratar los determinantes culturales es necesario definir cultura; que es un conjunto complejo que incluye conocimientos, creencias, artes, leyes, moral, costumbres y cualquier otra capacidad y hábito adquiridos por los seres humanos como miembros de una sociedad.(58) Se trata de un concepto amplio que abarca muchos aspectos de la vida humana y de la sociedad. El término ha sido definido

y debatido por los estudiosos durante muchos años, y su interpretación y uso varían en función del contexto.(59)

Según Edward Burnett Tylor, un antropólogo británico, definió la cultura como "ese todo complejo que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, la ley, la costumbre y otras aptitudes y hábitos que el hombre adquiere como miembro de la sociedad" en 1871.(60) Esta definición ha sido ampliamente citada y es considerada una de las más influyentes en la antropología y otros campos relacionados con la cultura. Tylor creía que la cultura era una característica universal de la humanidad y que todas las sociedades humanas tenían una cultura, aunque diferían en sus detalles y expresiones.

La cultura como determinante, son todas las formas y expresiones que caracterizan una población y determinan su estado de salud, tales como, etnicidad, el nivel educativo, género, religión, lengua, cosmovisión, arquetipos, creencias, costumbres y valores.(61)

Interculturalidad en salud

Se refiere a la interacción entre culturas de una forma respetuosa , horizontal y sinérgica , donde se concibe que la medicina tradicional indígena y la occidental se complementan para la resolución de problemas de salud(62,63). La interculturalidad en salud es un concepto en construcción que causa confusión en los profesionales de la salud debido a las limitaciones en la formación básica en antropología o sociología(63).

Existen dos vertientes de interculturalidad en la salud: las acciones cuyo propósito es la valoración de la medicina tradicional, su recuperación y uso en el tratamiento de enfermedades, y las acciones que buscan la integración de la medicina tradicional y la occidental para la atención de la salud. La interculturalidad positiva es considerada como una actitud y una relación de simple tolerancia, es decir, ambas partes se aguantan sin perjudicarse, pero no hay mutua aceptación. Se da

un respeto y entendimiento, que, en todo caso, significaría un enriquecimiento cultural de ambas partes(62).

Los determinantes culturales de la salud incluyen los valores, actitudes y comportamientos relacionados con la salud que son influenciados por aspectos culturales, incluyendo las creencias, costumbres, prácticas y tradiciones de una población. La cultura puede afectar la manera en la que las personas perciben la salud, las enfermedades y los tratamientos médicos, así como la forma en la que interactúan con los proveedores de servicios de salud y sus sistemas de atención médica.

En el ámbito de la salud, la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido por parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de las opiniones de los pacientes y la desinformación de que son objeto, pueden dar lugar a la insatisfacción y abandono del servicio, y en consecuencia, a la pérdida de confianza en la atención del personal. Por ello, es importante incorporar herramientas y elementos de interculturalidad en salud que fortalezcan el desempeño del personal dentro de este rubro(64).

Por lo tanto, es importante que el personal médico tenga en cuenta estos determinantes culturales para poder brindar una atención médica adecuada y efectiva a todos los pacientes. Los factores culturales también pueden influir en la forma en que se percibe la calidad de atención médica y su efectividad.

En Bolivia, la interculturalidad en el sistema de salud se aplica a través de la interacción entre la medicina tradicional indígena y la occidental, con el objetivo de complementarse para resolver problemas de salud mediante el diálogo y la comprensión mutua. El país ha sido reconocido como un país pluricultural y multilingüe en la Constitución Política del Estado, lo que ha permitido la promulgación e implementación de leyes específicas a favor de la participación y del empoderamiento de la población indígena en el sistema de salud. En Bolivia, existen centros de salud intercultural en el altiplano boliviano, donde médicos tradicionales y científicos comparten consultas, y se han implementado salas de

parto interculturales, plantas medicinales en el vivero y un laboratorio para la farmacopea andina(65). La Cooperación Española (AECID) ha brindado apoyo financiero a este tipo de centros desde su creación en 2002, primero directamente a través de la agencia, después con las Organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) Medicus Mundi y ahora con Médicos del Mundo. Además, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud ha apoyado técnicamente la normativa en Medicina Tradicional y Salud Intercultural desarrollada en Bolivia(66).

2.3. MARCO INSTITUCIONAL O LEGAL

Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud en Bolivia

Bolivia ha avanzado significativamente en el desarrollo de un sistema nacional de salud centrado en la atención primaria en un marco intercultural, con énfasis en el reconocimiento de la salud como un derecho humano central para el desarrollo del país. Sin embargo, la calidad de la atención primaria de salud (APS) en Bolivia se ve afectada por la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad.

El acceso físico a los recursos de atención primaria de la salud es limitado en regiones remotas y empobrecidas, particularmente en áreas montañosas con topografía accidentada, climas rigurosos y grandes barreras socioeconómicas. La falta de datos cartográficos detallados es un desafío importante para evaluar el acceso físico a la atención primaria de salud, lo que dificulta identificar dónde es mayor la necesidad de recursos de APS. El estado plurinacional ha reconocido estos problemas y está llevando a cabo reformas de salud centradas en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (SAFCI) y la Ley 475 de Prestación de Servicios Integrales de Salud promulgada en 2014 como un primer paso hacia la cobertura universal de salud. Sin embargo, se han realizado investigaciones limitadas sobre el estado actual del sistema de salud boliviano y existe una falta de conocimiento sobre la eficacia de las nuevas políticas e intervenciones de APS.

Además, la redistribución geográfica de la población actual de profesionales en salud podría mejorar la asistencia sanitaria en zonas desfavorecidas o aisladas. Es necesario fortalecer la infraestructura para tales estudios a través de mejores mecanismos de financiación, capacidad institucional ampliada y establecimiento de prioridades nacionales de investigación para evaluar mejor la eficacia de las nuevas políticas e intervenciones de APS en Bolivia.

Medición de la calidad de la atención en salud en Bolivia

El sistema de salud pública de Bolivia enfrenta varios desafíos que afectan la calidad de la atención. A pesar de la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) con una inversión de 200 millones de dólares, el sistema público de salud aún carece de elementos, infraestructura e información, lo que complica la situación(67).

El Ministerio de Salud ha desarrollado varias guías y manuales para mejorar la calidad de atención en el país. Entre ellos se encuentran la Guía para la Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, la Guía Básica de Conducta Médico-Sanitaria y el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS)(68,69). El PRONACS tiene como objetivo mejorar la calidad de atención en Bolivia impulsando la implementación de ciclos de mejora de la calidad en los servicios de salud. El Ministerio de Salud también elaboró una Norma Técnica para la Gestión de Expedientes Clínicos y una Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna(68). Desarrollaron también una guía para medir la percepción de la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de primer nivel de atención basada en el modelo SERVQUAL cuyas dimensiones se detallan a continuación(70):

CUADRO 2. Dimensiones de la calidad desde la perspectiva de las/os usuarias/os externas/os

DIMENSIONES DE LA CALIDAD	DEFINICIÓN TEÓRICA
Confiabilidad	Es la capacidad de lograr la confianza de las/os usuarias/os externas/os en las acciones realizadas al brindarles los servicios de salud solicitados.
Capacidad de respuesta	Se manifiesta en la resolución del problema.
Accesibilidad	Facilidad para acceder al servicio de salud.
Oportunidad	Momento propicio para aprovechar bien los recursos.
Tangibilidad	Evaluación que permite apreciar y valorar los servicios recibidos.
Seguridad	Proceso que reduce la probabilidad de producción de daños.
Satisfacción global	Satisfacción general con el servicio recibido.

Fuente: Guía metodológica para evaluar la percepción de la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de primer nivel de atención, Ministerio de Salud y Deportes, 2015

En Bolivia, la calidad de la atención de salud se mide por la accesibilidad física a los servicios de atención primaria de salud. La accesibilidad física se define por factores como el tiempo de viaje a pie, la disponibilidad de transporte y la construcción de infraestructura (71). El tiempo de viaje a pie es un factor crítico para determinar el acceso limitado a los servicios de atención primaria de salud.

La accesibilidad física a menudo se vincula con la calidad de la atención que reciben los pacientes, donde una mayor accesibilidad equivale a una mejor calidad de la atención. Por lo tanto, es crucial abordar los problemas relacionados con la accesibilidad física en el sistema de salud de Bolivia para mejorar la calidad de la

atención brindada a los pacientes. Para lograr la cobertura universal de salud, los servicios deben ser oportunos, equitativos y eficientes, y deben brindar una atención segura y eficaz. La calidad de la atención debe medirse y monitorearse continuamente para impulsar la mejora. Los esfuerzos por mejorar la calidad de la atención en Bolivia se remontan a fines de la década de 1990 y el país ha avanzado en esta materia, incluyendo la acreditación de hospitales como política de calidad. Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer para garantizar que todos los bolivianos tengan acceso a una atención médica de alta calidad(7).

Fortalezas y debilidades del sistema de salud en Bolivia

Con base en la literatura disponible, las fortalezas y debilidades del sistema de salud en Bolivia no se mencionan explícitamente, pero se pueden extraer algunas conclusiones clave. Una fortaleza clave es la presencia de 115 establecimientos de salud, siendo la mayoría (87%) de atención primaria. Sin embargo, Bolivia no es una excepción a los problemas bien conocidos en el cuidado de la salud en América Latina, incluido el acceso limitado a una atención médica oportuna y de alta calidad debido a una variedad de factores como la escasez de recursos humanos, medicamentos, equipos, infraestructura, y accesibilidad cultural y geográfica a los servicios de salud (72).

La reforma SAFCI en Bolivia introdujo un nuevo marco político y legal para la salud que incluye enfoques intersectoriales, inclusión intercultural y sistemas de salud integrados, promoviendo la medicina social dentro del sistema de salud. Sin embargo, no ha habido un estudio exhaustivo de la eficacia de la reforma SAFCI en el logro de sus objetivos declarados o que afecten los resultados de salud, ni una evaluación de la política adicional que pueda ser necesaria. Bolivia está por detrás del promedio de la región de ALC en todos los indicadores necesarios para la implementación exitosa de nuevas políticas de salud, como la eficacia del gobierno, la calidad regulatoria y el estado de derecho. A pesar de una economía cada vez más expansiva, se han dedicado menos recursos adicionales a los gastos de salud. El gasto total en salud como porcentaje del PIB ha tenido una

tendencia a la baja, disminuyendo un 1,65% absoluto durante el período de 2002 a 2011(73).

La calidad de los estudios en APS en Bolivia necesita mejorar, ya que gran parte de la investigación sobre las mejores prácticas está desactualizada o tiene evidencia de baja calidad. Por lo tanto, se necesitan políticas para acelerar la creación y aplicación de reformas dirigidas, como protocolos clínicos estandarizados, una mejor gestión de los datos de salud y mejores incentivos para que los proveedores mejoren sus servicios, así como una acción política más generalizada centrada en los determinantes sociales de la salud. y las acciones intersectoriales necesarias para abordarlas(73).

CAPÍTULO 3

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de estudio cuantitativo, el diseño corresponde a un estudio de validación de instrumento documental o diseño instrumental.

3.2. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

3.2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

Por tratarse de un estudio que pretende trabajar y desarrollar un constructo como es la calidad de atención, que es el propósito mismo del estudio y el cual se desarrolló a partir de los modelos teóricos ya propuestos.

3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

De manera inicial luego de revisar la literatura, cada modelo de medición conlleva una serie de variables, se obtuvo un número amplio de variables que se enlistan a continuación:

- Apariencia física de las instalaciones
- Equipos
- Limpieza
- Presentación del personal que prestan el servicio
- Calidad de los equipos
- Elementos visuales del servicio
- Elementos físicos del servicio
- Capacidad para proporcionar un servicio confiable
- Capacidad para proporcionar un servicio preciso
- Capacidad de cumplir con los compromisos

- Disposición para ayudar al usuario
- Rapidez en la atención
- Proporcionar un servicio eficiente
- Disposición para resolver el problema de salud
- Adaptación a las necesidades específicas del paciente
- Capacidad del personal para mantener una comunicación clara con el paciente
- Confianza en el personal de salud
- Amabilidad del personal
- Atención personalizada
- Comprensión de la necesidad por el personal
- Preocupación por mejorar el servicio
- Horarios adecuados para los pacientes
- Accesibilidad del servicio
- Resolución de problemas
- Comunicación clara
- Comunicación efectiva
- Comodidad del entorno físico
- Idioma
- Creencias culturales
- Costumbres
- Capacidad técnica del personal de salud

A partir del listado anterior se depuró las variables y fueron operacionalizadas como se puede ver a continuación.

CUADRO 3. Cuadro de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIAS / UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLES	ESCALA
EQUIPOS	Existencia de equipos de modernos o actuales en el Centro de Salud.	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
ESPACIO FÍSICO	Características referidas a comodidad, aspecto, limpieza de instalaciones físicas del Centro de Salud	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
PERSONAL	Existencia de un número adecuado de personal en el Centro de Salud	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
MATERIAL INFORMATIVO	Asequibilidad, entendimiento de los materiales de comunicación relacionados al servicio (carteles, banners, folletos, trípticos)	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
CUMPLIMIENTO	Atención médica en el Centro de Salud en tiempos adecuados	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
BUEN TRATO	Percepción del tipo de trato recibido en el Centro de Salud	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS	Percepción del interés demostrado por el personal de salud en solucionar el problema de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
CUMPLIMIENTO DEL TIEMPO DE SERVICIO	Cumplimiento del tiempo adecuado en el momento de la atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN	Recurrencia del paciente en acudir al Centro de Salud para solucionar al mismo problema de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
IDIOMA	Comunicación del personal de salud en el idioma o en un lenguaje que entiende el paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
SERVICIO OPORTUNO	Capacidad del personal de salud en brindar un servicio rápido y oportuno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
AYUDA DEL PERSONAL	Disposición del personal del Centro de Salud para ayudar al paciente.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL	Atención del personal de salud a pesar de estar ocupado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal

CONFIANZA EN EL PERSONAL	Percepción de confianza con el personal del Centro de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
SEGURIDAD CON EL SERVICIO	Percepción de seguridad con el servicio que le presta el Centro de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
AMABILIDAD DEL PERSONAL	Trato amable a la paciente por el personal del Centro de Salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL	Percepción de la solidez técnica y profesional del personal de salud respecto a la solución del problema de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
RESPECTO A USOS Y COSTUMBRES	Respeto a los usos y costumbres (creencias) por parte del personal de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
ACCESIBILIDAD HORARIA	Horarios de trabajo adecuados para la población para que pueda acceder al servicio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal
ATENCIÓN PERSONALIZADA	Percepción una atención personalizada de acuerdo a las necesidades del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo 	Cualitativa	Ordinal

INTERES PERSONAL DE	Preocupación por solucionar el problema de salud del paciente	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal
FLEXIBILIDAD EN TRATAMIENTO	El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con plantas medicinales.	1. Totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Me es indiferente 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo	Cualitativa	Ordinal

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en la que se aplicó el instrumento es la que acude al sistema de salud público en el municipio de La Paz y el Alto en coordinación con el SEDES y los establecimientos de Salud.

La muestra para el estudio fue calculada de acuerdo el número de ítems finales del instrumento se utilizó el método de 10 unidades muestrales por cada reactivo, regla de Kaiser, así si la totalidad de ítems fue de 10 la muestra fué de 100 unidades de estudio, sin embargo, se alcanzó a 205 unidades de estudio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

El estudio pretende evaluar y validar un constructo, por tanto, el fin último será un instrumento documental es que no se incorpora el instrumento final. Los datos se recolectarán en la fase de validez de constructo a partir del juicio de expertos, mediante una planilla de evaluación que permitirá la identificación de la claridad, congruencia, contexto y dominio del constructo.

Para la prueba piloto y la aplicación final del instrumento se utilizó el instrumento diseñado y construido.

3.5. DISEÑO ESTADÍSTICO

VALIDEZ DE CONTENIDO

Mediante el juicio de expertos, para determinar las dimensiones e ítems.

- a. Cálculos descriptivos, se calculó la media y la desviación típica de todos los ítems. A continuación, se determinó una puntuación de corte (o índice de validez de contenido) que refleje, en base a la evaluación de los expertos (método de juicio), que la puntuación del ítem es demasiado baja en relevancia como para ser incluido en la escala.
- b. Coeficiente de validez de contenido (CVC), propuesta por Hernández Nieto(74) en 2022.

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{max}}$$

Donde M_x representa la media del elemento en la puntuación dada por los expertos y $V_{m\acute{a}x}$ la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar. También se calculó el error asignado a cada ítem (Pe_i), para reducir el posible sesgo introducido por alguno de los expertos, obtenido mediante

$$Pe_i = \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

siendo j el número de expertos participantes. Finalmente, el CVC se calculó aplicando $CVC = CVC_i - Pe_i$.

- c. Grado de concordancia, para determinar el grado de concordancia de los expertos se utilizó el coeficiente de concordancia y los gráficos de W de Kendall(75) por cada ítem.

VALIDEZ DE CRITERIO

- Validez interna

Previamente se realizó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad del instrumento, calculando el porcentaje de no respuesta, abandono, tiempo de llenado, claridad de los ítems.

Se realizó el análisis exploratorio de los datos, medidas de tendencia central, mediana y media con su intervalo de confianza, medidas de dispersión, desviación estándar y varianza; medidas de forma, asimetría y curtosis para todos ítems por dimensión, normalidad, además de las correlaciones con el estadístico de r de Pearson entre ítem y dimensión.

Para medir la confiabilidad del instrumento se calculó el coeficiente omega ((McDonald, 1999), como medida más adecuada que el α de Cronbach (Dunn, Baguley y Brunnsden, 2014) con ayuda del programa JASPV14.

- Validez externa
 - o Validez concurrente

Para comprobar la validez concurrente se utilizó el índice de correlación de Pearson o Rho de Spearman dependiendo de la distribución de los datos.

- o Validez predictiva

Se utilizó un modelo de regresión lineal, basado en un modelo de ecuaciones estructurales SEM.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Para validar los ítems por dimensión se utilizará el análisis factorial exploratorio de manera inicial, aplicando los procedimientos de rotación adecuados (oblicua u ortogonal), tes de esfericidad de Bartlett y la prueba de KMO.

Una vez identificado las dimensiones se aplicará el análisis factorial confirmatorio, utilizando el método de estimación por mínimos cuadrados ponderados (ULS - Unweighted Least Squares), con ayuda del programa AMOS v.24 del SPSS, además de realizar el grafico de senderos o Path para representar las variables

observables, latentes y errores residuales, así como de las covarianzas entre ítems y variables latentes.

Se calcularon los índices de ajuste esperados para el modelo:

- Índices de ajuste absoluto: χ^2 , CMIN (discrepancia entre χ^2 y gl), GFI (índice de bondad de ajuste global), AGFI (índice de bondad de ajuste global corregido), RMR (Raíz del residuo cuadrático medio), RMSEA (raíz cuadrada media del error de aproximación).
- Índices de ajuste comparativo: CFI (índice de ajuste comparativo), TLI (índice incremental de Tucker Lewis), NFI (índice de ajuste normalizado)
- Índice de grado de parsimonia: AIC (Criterio de información de Akaike)

3.6. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de lo expuesto los procedimientos fueron:

- Los expertos en el tema proporcionarán información adicional acerca del constructo en desarrollo, para ello se aplicó un instrumento de evaluación previamente desarrollado.
- Una vez concluida validación de expertos se procedió a la aplicación del instrumento.
- Esta investigación cumplió con los lineamientos de un modelo de validación de instrumentos documentales, por tanto, la metodología desarrollada, no sólo se limitó a elaborar un instrumento, también su validación científica, para ello la fase cuantitativa se trabajará en función a los resultados de la aplicación del instrumento.
- En la fase final se procedió a trabajar la métrica del instrumento para así completar la validación de manera correcta y científica.

CAPÍTULO 4

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1. RECOLECCIÓN DE DATOS

En la validación de los instrumentos la recolección de datos es un paso esencial para garantizar la fiabilidad y validez de los resultados de la investigación. Para validar el instrumento se realizó los siguientes pasos

- Entrevista y aplicación de matriz de concordancia para la validez de contenido a un grupo de expertos en el tema de la investigación para evaluar la coherencia y pertinencia de los ítems.
- Prueba piloto para lo cual se seleccionó a una pequeña muestra de la población objetivo y se aplicó el instrumento de recolección de datos para identificar si la redacción de los reactivos es adecuada para una buena comprensión y si los resultados son consistentes y coherentes
- Aplicación del instrumento a la población para lo cual se contó con encuestadores, estudiantes de medicina, previamente capacitados en el llenado del instrumento, distribuidos en varios centros de salud de primer nivel del municipio de El Alto y La Paz, esto con el fin de establecer la validez de criterio, es decir que el instrumento de medida comparándolo con un criterio externo que mida lo mismo, validez de constructo, para explicar el modelo teórico empírico subyacente a la variable de interés y establecer la fiabilidad del instrumento para producir resultados consistentes y coherentes.

4.2. RESULTADOS

VALIDEZ DE CONTENIDO

Para la validación por expertos se utilizó el coeficiente de validez de contenido de Hernández Nieto, se pudo obtener la valoración de 4 expertos logrando un puntaje promedio del instrumento de 0,781 que implica una validez y concordancia aceptable, sin embargo 2 ítems (nº5 y nº8) fueron obtuvieron un valor menor que 0,6 por lo tanto una validez y concordancia inaceptables, 1 ítem (Nº12) con una validez y concordancia deficientes, por lo que se procedió a eliminarlas.

CUADRO 4. Valores del coeficiente validez de contenido, método de Hernandez Nieto, general y por ítem

ITEM	EXPERTOS				sx1	Mx	CVCi	Pei	CVC tc
	1	2	3	4					
Item 01	20	19	15	9	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 02	20	19	15	12	66	3,30	0,83	0,0039	0,82
Item 03	20	20	11	9	60	3,00	0,75	0,0039	0,75
Item 04	20	20	18	13	71	3,55	0,89	0,0039	0,88
Item 05	7	20	11	6	44	2,20	0,55	0,0039	0,55
Item 06	20	20	14	18	72	3,60	0,90	0,0039	0,90
Item 07	19	20	13	11	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 08	8	20	4	13	45	2,25	0,56	0,0039	0,56
Item 09	19	20	12	15	66	3,30	0,83	0,0039	0,82
Item 10	20	20	20	14	74	3,70	0,93	0,0039	0,92
Item 11	20	20	4	19	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 12	20	20	4	11	55	2,75	0,69	0,0039	0,68
Item 13	20	20	15	9	64	3,20	0,80	0,0039	0,80
Item 14	20	20	12	11	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 15	12	20	11	15	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
Item 16	20	20	8	19	67	3,35	0,84	0,0039	0,83
Item 17	20	20	17	13	70	3,50	0,88	0,0039	0,87
Item 18	20	20	20	15	75	3,75	0,94	0,0039	0,93
Item 19	20	20	16	14	70	3,50	0,88	0,0039	0,87
Item 20	20	20	7	11	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
Item 21	19	20	10	8	57	2,85	0,71	0,0039	0,71
Item 22	16	19	13	10	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
								promedio	0,781

Una vez eliminados los ítems con valores del coeficiente menores a 0,7 se pudo elevar el valor promedio del instrumento a 0,81 que implica una validez y concordancia buenas.

CUADRO 5. Valores del coeficiente validez de contenido Hernandez Nieto general y por ítem ajustado

ITEM	EXPERTOS				sx1	Mx	CVCi	Pei	CVC tc
	1	2	3	4					
Item 01	20	19	15	9	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 02	20	19	15	12	66	3,30	0,83	0,0039	0,82
Item 03	20	20	11	9	60	3,00	0,75	0,0039	0,75
Item 04	20	20	18	13	71	3,55	0,89	0,0039	0,88
Item 06	20	20	14	18	72	3,60	0,90	0,0039	0,90
Item 07	19	20	13	11	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 09	19	20	12	15	66	3,30	0,83	0,0039	0,82
Item 10	20	20	20	14	74	3,70	0,93	0,0039	0,92
Item 11	20	20	4	19	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 13	20	20	15	9	64	3,20	0,80	0,0039	0,80
Item 14	20	20	12	11	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 15	12	20	11	15	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
Item 16	20	20	8	19	67	3,35	0,84	0,0039	0,83
Item 17	20	20	17	13	70	3,50	0,88	0,0039	0,87
Item 18	20	20	20	15	75	3,75	0,94	0,0039	0,93
Item 19	20	20	16	14	70	3,50	0,88	0,0039	0,87
Item 20	20	20	7	11	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
Item 21	19	20	10	8	57	2,85	0,71	0,0039	0,71
Item 22	16	19	13	10	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
								promedio	0,810

Hasta este punto el número de ítems se reduce a 19, que además de tener una buena validez y concordancia tienen una adecuada coherencia, claridad, escala y relevancia.

PRUEBA PILOTO

Como resultado de la prueba piloto la tasa de no respuesta fue de 4,7%, de los 42 participantes 2 se negaron a participar. La tasa de no respuesta por ítem fue de 0, todos los participantes respondieron a todos los ítems. De igual manera la tasa de abandono fue de 0, los encuestados concluyeron la encuesta en su totalidad.

El promedio que tardaron los encuestados en completar el instrumento fue de 9,6min +/- 3,8min, siendo el tiempo más alto de 20 min y el mínimo de 4 min, con una diferencia entre ellas de 16 min.

CUADRO 6. Medidas de resumen del tiempo de duración de la aplicación del instrumento, prueba piloto

Estadísticos	Valor
Media	9,6
Desv. Desviación	3,8
Rango	16
Mínimo	4
Máximo	20

VARIABILIDAD DE LOS ITEMS

Respecto a la variabilidad de los items se puede observar que esta varía desde 0,8 hasta 1,71 que tiene mayor variabilidad (ítem nº 9), superan la unidad 14 items, y 5 tuvieron valores de variabilidad inferiores a 1. El promedio de las opciones de respuesta osciló entre 2,26 y 3,86 puntos, y las opciones de respuesta más frecuentes fueron 2,3 y 4 (Deficiente, Regular y Bueno)

CUADRO 7. Medidas de resumen de los ítems, prueba piloto

Items	Media	Moda	Varianza
Item9	3,19	4	1,72
Item19	2,76	2	1,60
Item10	3,86	4	1,35
Item13	2,55	2	1,33
Item14	3,12	4	1,33
Item3	2,86	2	1,30
Item6	3,05	2	1,17
Item20	3,07	4	1,14
Item15	3,19	3	1,13
Item11	2,88	3	1,13
Item18	3,26	4	1,13
Item22	3,02	3	1,10
Item16	2,86	3	1,05
Item17	3,05	3	1,02
item2	3,24	4	0,97
Item4	3,48	4	0,94
Item21	3,4	4	0,88
Item1	2,26	2	0,83
Item7	3,14	3	0,81

Al correlacionar los ítems se observa valores mayores $R=0,7$ en 4 ítems, 13 – 15 y 14 -15, el resto con valores por debajo de 0,7.

CUADRO 8. Matriz de correlaciones entre ítems, prueba piloto

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 6	Item 7	Item 9	Item 10	Item 11	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22
Item1	1	0,53	0,30	-0,34	0,11	0,13	-0,37	-0,17	-0,07	0,26	0,20	0,12	0,17	-0,01	0,00	-0,01	-0,05	-0,01	-0,03
Item2	0,53	1	0,29	-0,40	0,13	0,21	-0,47	0,05	0,21	0,27	0,04	0,17	0,06	0,09	0,20	0,22	-0,02	0,16	0,23
Item3	0,30	0,29	1	0,17	0,32	0,47	-0,10	0,10	0,23	0,32	0,46	0,49	0,40	0,32	0,25	0,47	0,37	0,51	0,09
Item4	-0,34	-0,40	0,17	1	0,09	0,03	0,35	0,00	-0,16	-0,15	-0,07	-0,07	-0,05	0,00	-0,15	0,17	0,25	0,02	-0,30
Item6	0,11	0,13	0,32	0,09	1	0,47	-0,04	0,45	0,64	0,49	0,43	0,61	0,64	0,44	0,56	0,35	0,29	0,39	0,17
Item7	0,13	0,21	0,47	0,03	0,47	1	-0,04	0,35	0,40	0,49	0,62	0,66	0,37	0,37	0,52	0,46	0,35	0,60	0,39
Item9	-0,37	-0,47	-0,10	0,35	-0,04	-0,04	1	0,16	-0,26	-0,38	-0,06	-0,20	-0,05	-0,14	-0,27	0,13	-0,17	-0,03	-0,04
Item10	-0,17	0,05	0,10	0,00	0,45	0,35	0,16	1	0,44	0,28	0,27	0,40	0,31	0,03	0,39	0,21	0,13	0,03	0,34
Item11	-0,07	0,21	0,23	-0,16	0,64	0,40	-0,26	0,44	1	0,49	0,29	0,56	0,43	0,44	0,66	0,45	0,39	0,39	0,24
Item13	0,26	0,27	0,32	-0,15	0,49	0,49	-0,38	0,28	0,49	1	0,69	0,79	0,52	0,48	0,60	0,23	0,40	0,35	0,39
Item14	0,20	0,04	0,46	-0,07	0,43	0,62	-0,06	0,27	0,29	0,69	1	0,74	0,51	0,41	0,47	0,29	0,41	0,43	0,34
Item15	0,12	0,17	0,49	-0,07	0,61	0,66	-0,20	0,40	0,56	0,79	0,74	1	0,65	0,49	0,56	0,34	0,42	0,53	0,48
Item16	0,17	0,06	0,40	-0,05	0,64	0,37	-0,05	0,31	0,43	0,52	0,51	0,65	1	0,48	0,46	0,35	0,28	0,47	0,28
Item17	-0,01	0,09	0,32	0,00	0,44	0,37	-0,14	0,03	0,44	0,48	0,41	0,49	0,48	1	0,56	0,37	0,43	0,62	0,16
Item18	0,00	0,20	0,25	-0,15	0,56	0,52	-0,27	0,39	0,66	0,60	0,47	0,56	0,46	0,56	1	0,41	0,37	0,53	0,57
Item19	-0,01	0,22	0,47	0,17	0,35	0,46	0,13	0,21	0,45	0,23	0,29	0,34	0,35	0,37	0,41	1	0,18	0,45	0,23
Item20	-0,05	-0,02	0,37	0,25	0,29	0,35	-0,17	0,13	0,39	0,40	0,41	0,42	0,28	0,43	0,37	0,18	1	0,31	0,06
Item21	-0,01	0,16	0,51	0,02	0,39	0,60	-0,03	0,03	0,39	0,35	0,43	0,53	0,47	0,62	0,53	0,45	0,31	1	0,31
Item22	-0,03	0,23	0,09	-0,30	0,17	0,39	-0,04	0,34	0,24	0,39	0,34	0,48	0,28	0,16	0,57	0,23	0,06	0,31	1

FIABILIDAD

Para determinar la fiabilidad del instrumento por dimensión se pudo evidenciar un nivel aceptable y bueno (>0,6) para las dimensiones Sensibilidad, seguridad y empatía; dos dimensiones elementos materiales y fiabilidad/credibilidad tuvieron un valor muy bajo de fiabilidad.

CUADRO 9. Análisis de fiabilidad por dimensión, prueba piloto

DIMENSIONES	NUMERO ITEMS	alfa
ELEMENTOS MATERIALES	4	0,312
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD	3	0,237
SENSIBILIDAD	3	0,666
SEGURIDAD	4	0,829
EMPATIA	5	0,714

A partir de anterior resultado se realizó el cálculo para el ajuste de la fiabilidad, eliminando los ítems que no contribuyen de manera significativa a la dimensión, el primer caso eliminando el ítem relacionado a los materiales de comunicación relacionados al servicio (carteles, banners, folletos, trípticos) son visualmente atractivos, se incrementa la fiabilidad hasta 0,62.

En la segunda dimensión sin considerar el ítem referido a si debe recurrir varias veces al Centro de Salud para que le den solución al mismo problema, se incrementa el nivel de fiabilidad hasta 0,63, siendo aceptable para considerar la dimensión.

CUADRO 10. Análisis de fiabilidad por dimensión e ítem prueba piloto

DIMENSIONES	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ELEMENTOS MATERIALES				
El Centro de Salud tiene equipos de aspecto moderno.	9,57	3,47	0,283	0,116
Las instalaciones físicas del Centro de Salud tienen un buen aspecto.	8,6	3,466	0,227	0,173
Existe el número adecuado de personal en el Centro de Salud	8,98	2,316	0,477	-0,272
Los materiales de comunicación relacionados al servicio (carteles, banners, folletos, trípticos) son visualmente atractivos.	8,36	5,308	-0,22	0,626
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD				
El Centro de Salud le brinda buen trato desde que usted ingresa	6,33	2,423	0,237	-,086
El personal de salud muestra un sincero interés en solucionar su problema de salud	6,24	2,771	0,27	-,084
Debe recurrir varias veces al Centro de Salud para que le den solución al mismo problema	6,19	2,89	-0,05	0,632
SENSIBILIDAD				
El personal de salud se comunica en el idioma o en un lenguaje que usted entiende.	5,43	3,666	0,413	0,658
El personal de salud del Centro de Salud	6,4	3,418	0,583	0,436

le ofrece un servicio rápido y oportuno				
El personal de salud responde a sus preguntas a pesar de estar ocupado	6,74	3,564	0,449	0,61
SEGURIDAD				
Existe confianza con el personal del Centro de Salud	9,1	6,674	0,668	0,779
Se siente seguro con el servicio que le presta el Centro de Salud	9,02	6,56	0,785	0,722
El personal del Centro de Salud es siempre amable con usted	9,36	7,308	0,652	0,785
El personal de salud está preparado para solucionar su problema de salud	9,17	7,947	0,528	0,837
EMPATIA				
El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres	12,26	8,247	0,698	0,57
El Centro de Salud tiene horarios de trabajo adecuados para usted	12,76	8,771	0,434	0,688
El Centro de Salud tiene personal que le ofrece una atención personalizada de acuerdo a sus necesidades	12,45	10,4	0,302	0,73
El Centro de Salud se preocupa por solucionar de su problema de salud	12,12	9,376	0,585	0,627
El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional.	12,5	9,915	0,396	0,695

A partir del anterior cuadro se eliminó a varios ítems, de acuerdo a su contribución a la fiabilidad del instrumento logrando elevar el nivel de confiabilidad en las dos primeras dimensiones de 0,31 y 0,23 a 0,62 y 0,63 respectivamente.

CUADRO 11. Análisis de fiabilidad por dimensión ajustada

DIMENSIONES	NUMERO ITEMS	alfa
ELEMENTOS MATERIALES	3	0,626
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD	2	0,632
SENSIBILIDAD	3	0,666
SEGURIDAD	4	0,829
EMPATIA	5	0,714

SUPUESTOS AFE

Para evaluar la factibilidad de la aplicación del análisis factorial se procedió al cálculo de la Prueba de esfericidad de Bartlett y KMO.

CUADRO 12. Prueba de Kmo y Bartlett, prueba piloto

Estadístico	Valor
Kaiser-Meyer-Olkin	0,738
Prueba de esfericidad de Bartlett	0,000

Se pudo demostrar que las correlaciones parciales entre ítems son suficientes (KMO=0,738), además que se evidencia que la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad.

EXTRACCION DE FACTORES

Para calcular los valores de las cargas factoriales se utilizó el método de mínimos cuadrados mediante el análisis factorial de ejes principales tomando como insumo la varianza común.

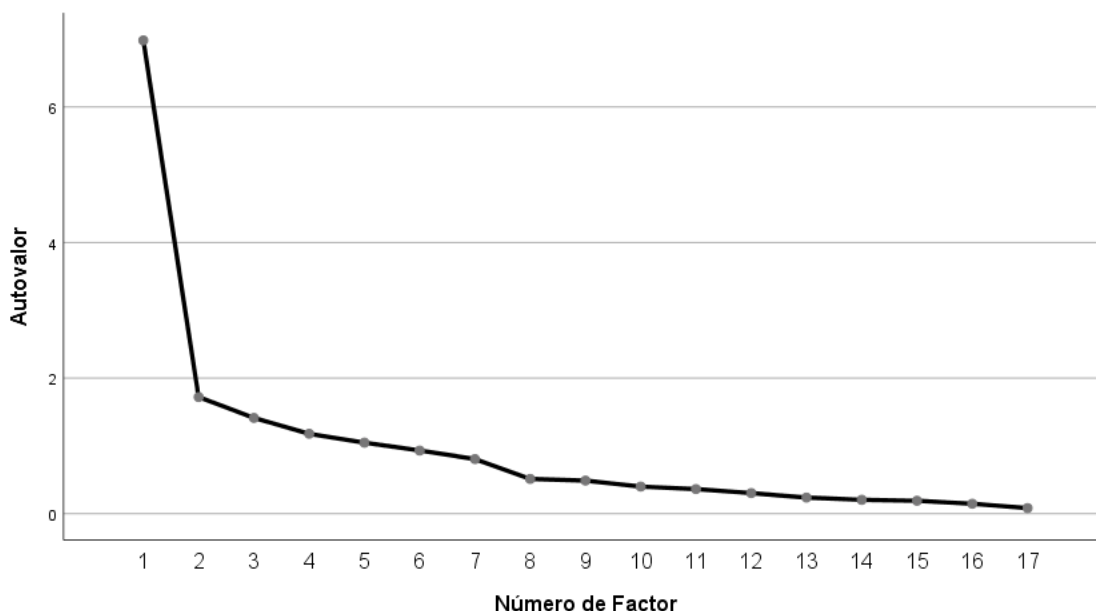
Inicialmente método empleado planteó 5 dimensiones que explican el 62,75% de la variabilidad del constructo en estudio, como se tiene el antecedente de que la estructura dimensional es de 5 se ajustó el modelo a este número. Al reducir el número de dimensiones de acuerdo a la carga factorial y claridad de las dimensiones se evidencia la unidimensionalidad del constructo, es decir contrario a la base teórica en nuestro medio la percepción de la calidad de atención se basa solo en una sola dimensión, con un total de 17 ítems en su estructura.

CUADRO 13. Varianza total explicada en la extracción de factores por análisis factorial de ejes principales, prueba piloto

Factor	Total	Autovalores iniciales	
		% de varianza	% acumulado
1	6,982	41,073	41,073
2	1,720	10,119	51,191
3	1,413	8,312	59,504
4	1,178	6,930	66,433
5	1,047	6,162	72,595
6	,931	5,476	78,071
7	,805	4,734	82,806
8	,512	3,013	85,818
9	,488	2,868	88,687
10	,399	2,346	91,033
11	,362	2,132	93,164
12	,303	1,781	94,946
13	,237	1,397	96,343
14	,204	1,197	97,540
15	,190	1,115	98,655
16	,146	,862	99,516
17	,082	,484	100,000

En el gráfico de sedimentación se puede observar y corroborar la unidimensionalidad del constructo.

FIGURA 14. Gráfico de sedimentación, prueba piloto



APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

En la aplicación del instrumento se contó con la participación de 205 personas mayores de 18 años de ambos sexos. Los participantes debían cumplir con el consentimiento informado y la decisión voluntaria de participar, estar en los rangos de edad. El tipo de muestro fue no probabilístico, accidental, por sujetos disponibles. La aplicación del instrumento se realizó en los ambientes de los Centros de Salud. Cabe referir que el tamaño muestral se obtuvo garantizando la regla de Kaiser de 10 aplicaciones por reactivo.

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

De manera inicial se realizó el análisis factorial por dimensión para determinar el grado de variabilidad de los ítems obteniéndose las comunalidades por dimensión, evaluando las comunalidades el aporte para explicar la variabilidad del constructo es bajo, solo el ítem 4 aporta con 0,42, la dimensión en su conjunto tiene un aporte más bajo en comparación a las demás dimensiones con el 27.8%.

En la segunda dimensión se identifican un ítem con un valor de 0,12, que no aporta para la explicación de la variabilidad, siendo el global para la dimensión de 38,3%.

La tercera dimensión referida a la sensibilidad contenía el ítem 10 con un valor muy bajo 0,097 y aporte a la explicación de la variable en igual medida. Sin embargo, la dimensión en global tiene un aporte importante del 40% a expensas de los demás ítems. La dimensión seguridad es la que tuvo mejor nivel de aporte con cifras mayores a 0,3 y en general con el 57% de la varianza explicada, constituyéndose en la dimensión más importante.

Finalmente, la última dimensión con ítem con cifras bajas de variabilidad, con un aporte que no deja de ser importante del 39%.

CUADRO 14. Comunalidades y varianza explicada por dimensión inicial

DIMENSIONES	INICIAL	EXTRACCIÓN	VARIANZA EXPLICADA
ELEMENTOS MATERIALES			
Item1	0,124	0,189	27,8
item2	0,195	0,313	
Item3	0,128	0,185	
Item4	0,223	0,428	
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD			
Item5	0,339	0,458	38,3
Item6	0,327	0,359	
Item7	0,469	0,666	
Item8	0,281	0,311	
Item9	0,107	0,121	
SENSIBILIDAD			
Item10	0,108	0,097	40,01
Item11	0,294	0,403	
Item12	0,405	0,651	
Item13	0,347	0,449	
SEGURIDAD			
Item14	0,561	0,712	57,55
Item15	0,543	0,674	
Item16	0,325	0,378	

Item17	0,455	0,539	
EMPATIA			
Item18	0,405	0,55	39,27
Item19	0,134	0,135	
Item20	0,325	0,428	
Item21	0,354	0,464	
Item22	0,34	0,387	

De acuerdo con la valoración anterior se realizó el ajuste mediante varias iteraciones, eliminando ítems, en contraste al marco referencial teórico, para llegar a un conjunto de ítem y dimensiones que midan el constructo motivo de estudio.

A continuación se observa los ítems finales por dimensión, siendo que la dimensión elementos materiales se eliminó por los valores bajos de aporte y porcentaje de varianza explicada, el criterio fue que la varianza total explicada este por encima de 50% y la extracción por encima de 0,3; la credibilidad quedó con 2 ítems al igual que la sensibilidad y empatía, la única que conservó el número de ítems fue la dimensión seguridad con un aporte de la varianza explicada de 57%, que se presenta a continuación.

CUADRO 15. Comunalidades y varianza explicada por dimensión final

DIMENSIONES	INICIAL	EXTRACCIÓN	VARIANZA EXPLICADA
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD			
Item6	0,299	0,546	54,5
Item7	0,299	0,546	
SENSIBILIDAD			
Item12	0,29	0,537	53,7
Item13	0,29	0,537	
SEGURIDAD			
Item14	0,561	0,712	57,5
Item15	0,543	0,674	
Item16	0,325	0,378	
Item17	0,455	0,539	
EMPATIA			
Item18	0,281	0,529	52,8
Item22	0,281	0,529	

Una vez definida el número de ítems se procedió al análisis factorial exploratorio. Con el propósito de evaluar la adecuación del tamaño muestra para la factibilidad del análisis factorial se procedió a realizar la prueba Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett, encontrando un KMO de 0,904 que indica una buena adecuación del tamaño muestral y una significancia en la prueba de esfericidad de Bartlett $<0,001$ por lo que la matriz de covariaciones soporta el análisis factorial, es decir que la matriz de correlaciones del instrumento no es una matriz de identidad donde los valores de correlación son cero.

CUADRO 16. Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin y Prueba de esfericidad de Bartlett, final

Estadístico	valor
KMO	0,904
Prueba de esfericidad de Bartlett	0,000*

*valor de p, $\chi^2 = 1044,406$

Se procedió a realizar el análisis factorial utilizando el método de extracción denominado factorización de ejes principales, para tal efecto se consideró autovalores mayores a 1, para las cargas factoriales se consideró valores de los coeficientes mayores a 0,3.

CUADRO 17. Comunalidades de todos los ítems, final

ITEM	Inicial	Extracción
Item14	0,616	0,673
Item15	0,6	0,63
Item12	0,615	0,663
Item7	0,606	0,646
Item17	0,539	0,54
Item13	0,363	0,396
Item18	0,484	0,659
Item22	0,354	0,385
Item6	0,501	0,496
Item16	0,491	0,51

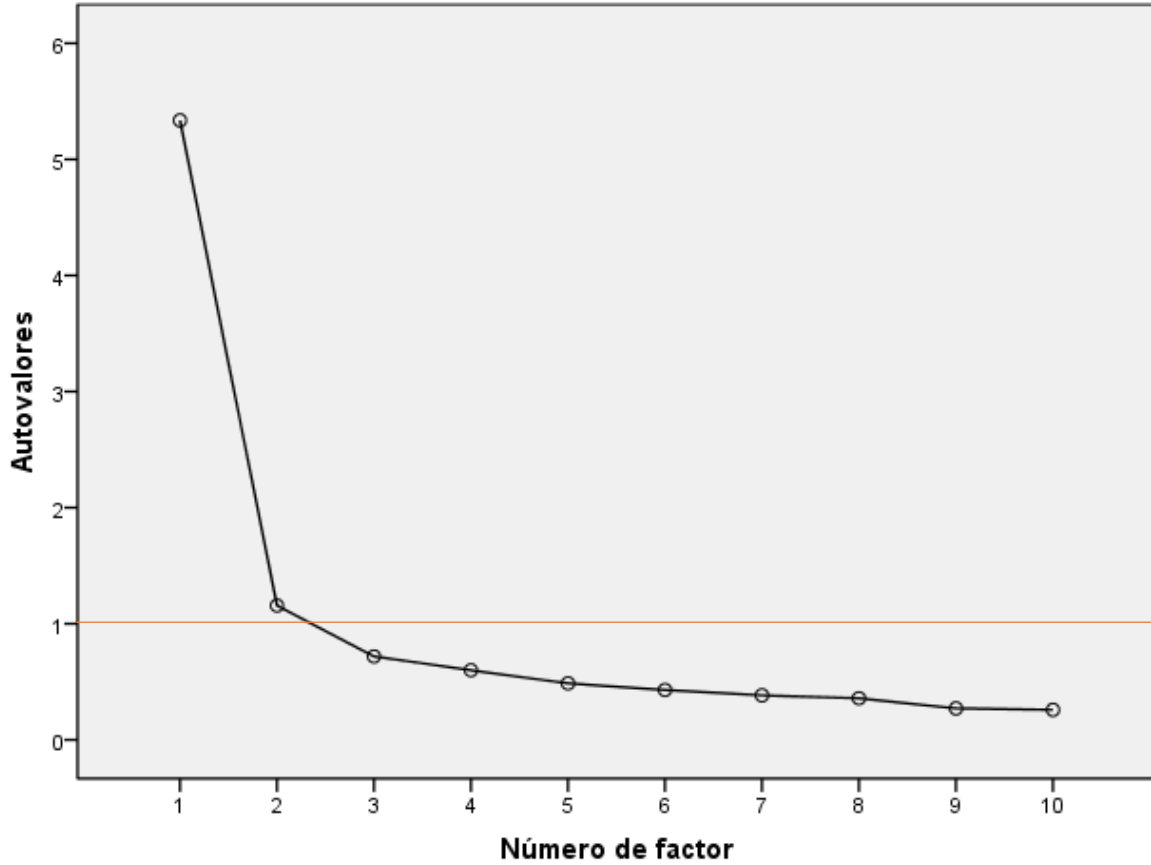
De acuerdo al cuadro anterior se identificó que el ítem 13 (El personal de salud responde a sus preguntas a pesar de estar ocupado) y 22 (El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional) comparten el 39 y 38 % de la varianza, siendo los más bajos, los demás ítems con cifras por encima del 50%.

CUADRO 18. Varianza explicada por dimensión, final

Factor	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	5,3	53,4	53,4	3,5	34,7	34,7
2	1,2	11,6	64,9	2,1	21,3	56,0
3	0,7	7,2	72,1			
4	0,6	6,0	78,1			
5	0,5	4,9	83,0			
6	0,4	4,3	87,3			
7	0,4	3,8	91,1			
8	0,4	3,6	94,7			
9	0,3	2,7	97,4			
10	0,3	2,6	100,0			

El análisis preliminar identificó 10 factores, como se consideró autovalores mayores a 1 se tuvo como resultado 2 dimensiones, el primero explica el 34,7% de la variabilidad del constructo y el segundo en 21,3%, juntos llegan a explicar el 56% de la varianza. El siguiente gráfico corrobora de manera gráfica lo mencionado.

FIGURA 15. Gráfico de sedimentación final



Para identificar la composición de las dimensiones se utilizó el método de rotación varimax, logrando dos dimensiones y 10 ítems, 6 para el primer factor y 4 para el segundo. En el siguiente cuadro se muestran las extracciones obtenidas para cada reactivo.

CUADRO 19. Matriz de factor rotado de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel, final

ITEMS	Factor	
	1	2
Item14 (Existe confianza con el personal del Centro de Salud)	0,75	0,32
Item15 (Se siente seguro con el servicio que le presta el Centro de Salud)	0,74	
Item12 (El personal del centro de salud siempre está dispuesto a ayudarle)	0,73	0,35
Item7 (El personal de salud muestra un sincero interés en solucionar su problema de salud)	0,71	0,37
Item17 (El personal de salud está preparado para solucionar su problema de salud)	0,64	0,34
Item13 (El personal de salud responde a sus preguntas a pesar de estar ocupado)	0,62	
Item18 (El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres)		0,78
Item22 (El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional)		0,59
Item6 (El Centro de Salud le brinda buen trato desde que usted ingresa)	0,41	0,56
Item16 (El personal del Centro de Salud es siempre amable con usted)	0,49	0,51

Se obtuvo un constructo multidimensional con 2 dimensiones, la primera dimensión se denominará Confianza en el servicio y la segunda empatía en la atención.

Para corroborar una adecuada aplicación del método rotación se presenta la matriz de transformación factorial, que presenta en la diagonal valores similares que indica una rotación apropiada.

CUADRO 20. Matriz de transformación factorial, final

Factor	1	2
1 (Confianza en el servicio)	0,811	0,585
2 (empatía en la atención)	-0,585	0,811

Para determinar la evidencias de fiabilidad se calculó mediante dos estadísticos el McDonald's ω (omega) y alfa de Cronbach, obteniendo valores mayores a 0,8 para

el primer factor y mayor a 0,7 para el segundo considerándose como valores aceptables(76,77).

CUADRO 21. Fiabilidad de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel, final

FACTOR	McDonald's ω	Cronbach's α
FACTOR 1		
Estimación	0.892	0.891
IC del 95% límite inferior	0.869	0.865
IC del 95% límite superior	0.915	0.912
FACTOR 2		
Estimación	0.788	0.784
IC del 95% límite inferior	0.741	0.731
IC del 95% límite superior	0.836	0.828

ANALISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

Para determinar las evidencias de validez de la escala de Percepción y establecer su estructura factorial, además de determinar la relación del constructo con las variables observables se analizó la estructura factorial del instrumento asumiendo que es bidimensional, por lo que se especificó la estructura. Se estimó el modelo a partir de la estructura de covarianzas por el método de extracción de factores de ejes principales.

Se lograron dos modelos para realizar el ajuste, siendo que en el primer modelo los índices evaluados permiten aseverar que el modelo confirma la bidimensionalidad de la escala, considerando que las medidas de ajuste no fueron de las mejores con χ^2 significativo, sin embargo, al observar CMIN/DF no supera el valor de 3, que es el valor de referencia, por lo tanto, implica que no existe diferencia entre la matriz de datos observada y la matriz estimada por el modelo.

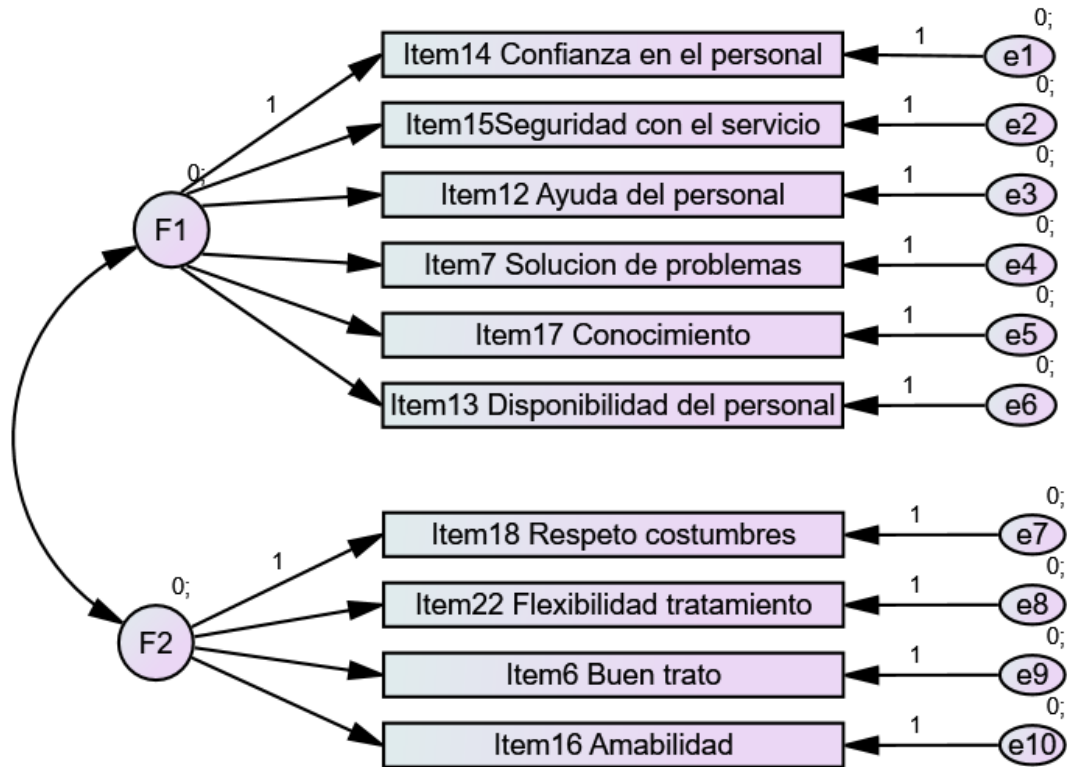
El RMSEA mayor a 0,05 que expresa que existe una cantidad de variabilidad que no puede ser explicada por el modelo factorial por grado de libertad por lo que el modelo es marginalmente aceptable, es necesario aclarar que estos índices son sensibles al tamaño de la muestra. En cambio, las medidas de ajuste incremental óptimas CFI = 0,95 que contrasta el chi cuadrado de dos modelos factorial, y determina que es un modelo independiente donde las correlaciones entre las variables implicadas son nulas y el modelo factorial propuesto; NFI = 0,92 es decir que el modelo explica el 92% de la varianza total, y TLI (NNFI)= 0,93, que la refuerza con el 93% de la varianza total explicada. Respecto a las medidas de ajuste de Parsimonia si bien el nivel de simplicidad es mayor en el segundo modelo, para el presente modelo se toma en cuenta la simplicidad del primer modelo.

CUADRO 22. Índices de ajuste del modelo de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel

Modelos	Medidas de ajuste absoluto		Medidas de ajuste incremental			Medidas de ajuste de Parsimonia			
	chi2	RMSEA	CFI	TLI	NFI	PRATIO	PCFI	PNFI	AIC
Modelo 1	0,00	0,086	0,95	0,93	0,92	0,75	0,71	0,69	147,5
Modelo 2	0,00	0,071	0,96	0,95	0,93	0,73	0,7	0,68	130,73

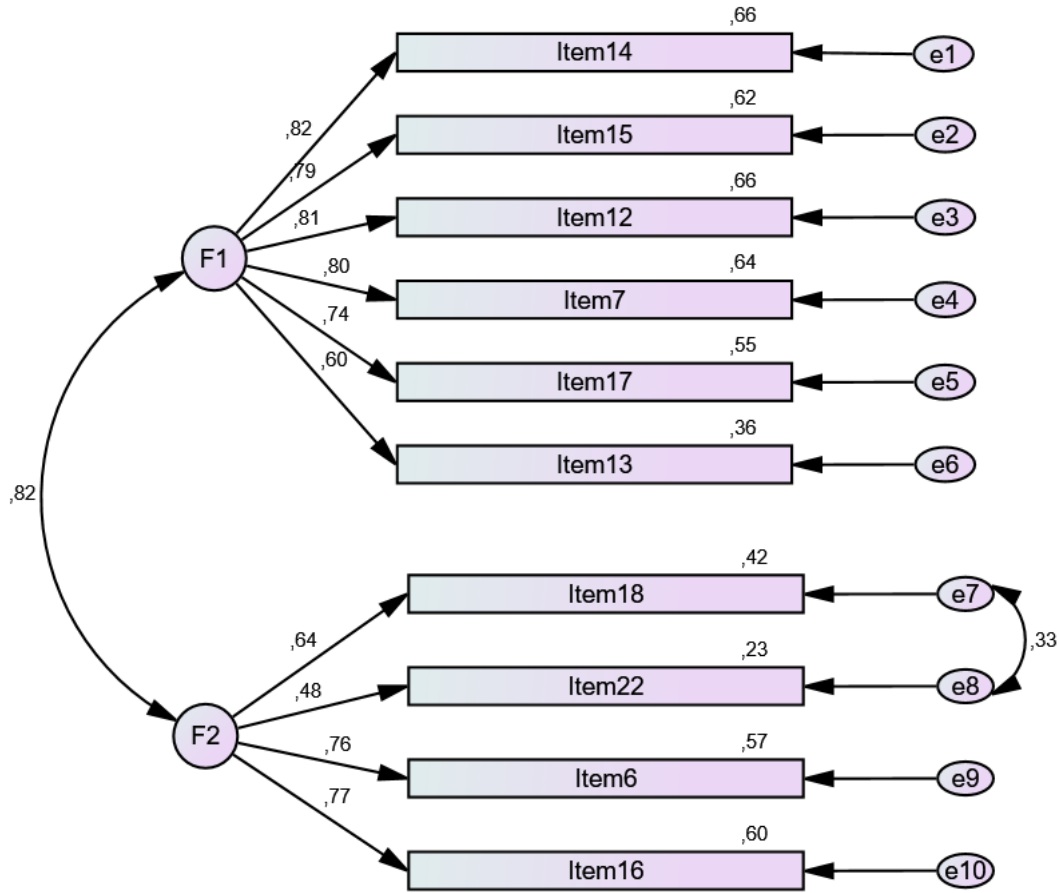
Junto a estos resultados, todas las cargas factoriales están por encima de los valores considerados aceptables para la consistencia de un factor que se establece a priori.

FIGURA 16. Modelo de medida de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel



A partir del modelo inicial, con el fin de ajustar el modelo se ajustó los índices, correlacionando los errores 7 y 8, que corresponden a los ítems 18 (El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres) y 22 (El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional). En el siguiente gráfico de senderos se aprecia las cargas factoriales estandarizadas, la carga más baja corresponde al ítem 22 con 0,48, el resto con valores por encima de 0,6.

FIGURA 17. Modelo de medida e Índices de ajuste del modelo de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel, primer ajuste



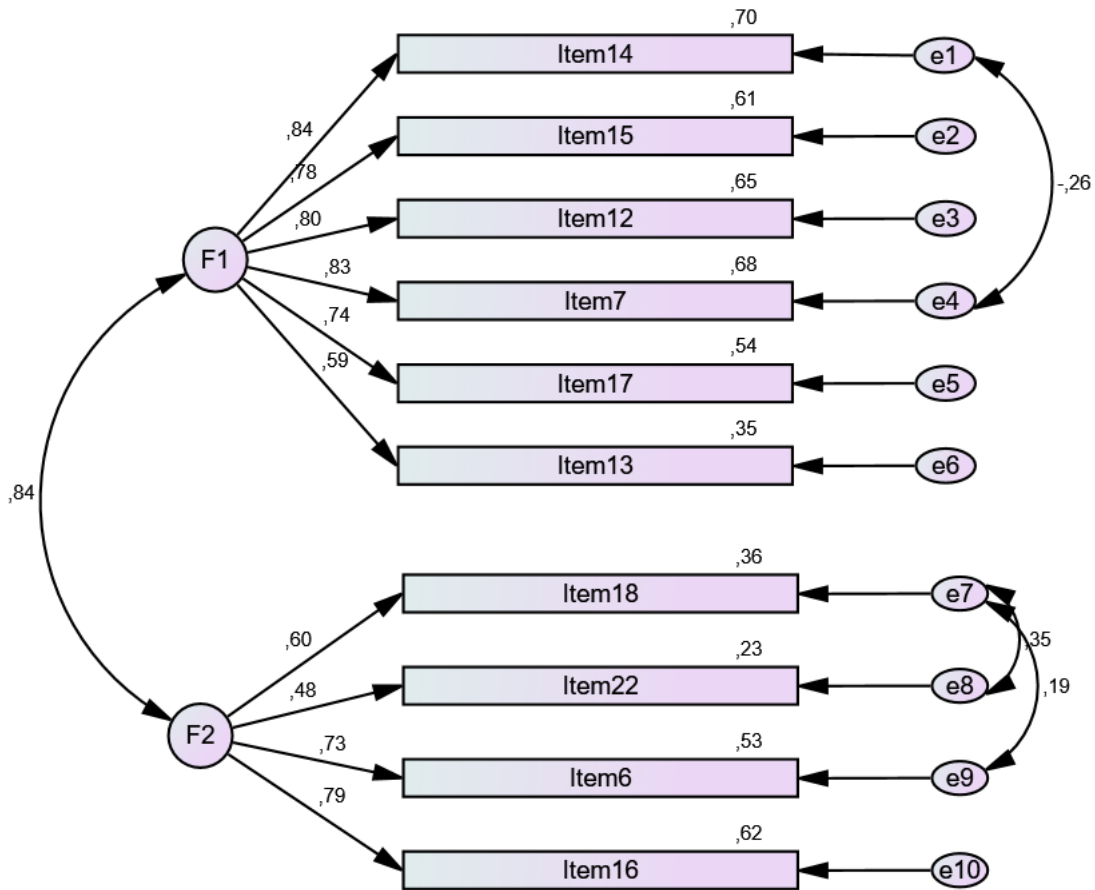
Se calcula nuevamente los índices de ajuste del modelo, y se obtienen índices excelentes a excepción del RMSEA que tuvo un nivel aceptable de 0,07 siendo que el valor de referencia es menor a 0,06 de acuerdo a los valores que propone J Gaskin (78), aun así el modelo es adecuado para la medición del constructo. Los valores de CMIN/DF, CFI, SRMR y Pclose estuvieron dentro los parámetros de aceptación, con una categoría “excelente”, en su interpretación.

CUADRO 23. Índices de ajuste del modelo de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel, primer ajuste

Measure	Estimate	Threshold	Interpretation
CMIN	66,731	--	--
DF	33,000	--	--
CMIN/DF	2,022	Between 1 and 3	Excellent
CFI	0,967	>0.95	Excellent
SRMR	0,044	<0.08	Excellent
RMSEA	0,071	<0.06	Acceptable
PClose	0,080	>0.05	Excellent

Se realiza el segundo ajuste para mejorar los índices de ajuste correlacionando el error 1 y 4 que corresponden a los ítems 14 (Existe confianza con el personal del Centro de Salud) y 7 (El personal de salud muestra un sincero interés en solucionar su problema de salud), se mantiene la correlación de los errores 7 y 8, que corresponden a los ítems 18 (El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres) y 22 (El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional). Y se añade la correlación de los errores 7 y 9 que corresponden a los ítems 18 (El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres) y 6 El Centro de Salud le brinda buen trato desde que usted ingresa). Se observa que algunas cargas factoriales incrementan, por tanto, el porcentaje de explicación de la varianza del constructo. A continuación, se representa de manera gráfica lo mencionado.

FIGURA 18. Modelo de medida e Índices de ajuste del modelo de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel, segundo ajuste



Los resultados del segundo ajuste indican índices excelentes a excepción del RMSEA que tuvo un nivel aceptable de 0,061 siendo la diferencia en 0,001 que muy próximo al valor de referencia; las demás medidas CMIN/DF, CFI, SRMR y Pclose estuvieron dentro de los parámetros de referencia con un nivel excelente; resultando modelo con índices adecuados para la medición del constructo, conformado por dos dimensiones, la primera denominada confianza en el servicio y la segunda empatía en la atención; con una totalidad de diez ítems, 6 ítems correspondientes a la primera dimensión y 4 a la segunda.

CUADRO 24. Índices de ajuste del modelo de la Escala de Percepción de la Calidad de Atención en Consulta Externa, en Primer Nivel, segundo ajuste

Measure	Estimate	Threshold	Interpretation
CMIN	54,470	--	--
DF	31,000	--	--
CMIN/DF	1,757	Between 1 and 3	Excellent
CFI	0,977	>0.95	Excellent
SRMR	0,040	<0.08	Excellent
RMSEA	0,061	<0.06	Acceptable
PClose	0,234	>0.05	Excellent

Una vez obtenido los ítems se procede a la determinar la escala de valoración, a partir del valor mínimo (10) y máximo (50) de las puntuaciones, se establece la amplitud de estos valores, y se calcula el rango = 40, el mismo se divide entre el número de categorías planificadas, se considera 3 categorías, para la escala de valoración cuyo resultado es 13,3 como resultado se obtiene los siguientes puntos de corte.

CUADRO 25. Valores para los puntos de corte del instrumento

VALOR	VALOR DE DIVISIÓN	PUNTO CORTE
10	13	23
23	13	36
36	13	49

Una vez establecido los puntos de corte se obtiene la escala de valoración final para el instrumento.

CUADRO 26. Escala de valoración final del instrumento

Nivel	Intervalo
Insatisfecho	10 - 23
Moderadamente satisfecho	24 - 36
Satisfecho	37 - 50

DISCUSIÓN

La bidimensionalidad del constructo similar al obtenido por Rebollo(79), difiere respecto a difiere respecto al instrumento desarrollado en México(80), que es unidimensional, tridimensional en el caso de Losada(81) y Herrera(82), con un número mayor de ítems y en este último caso con un modelo de medida de segundo orden, con cinco en el caso de Torres en Chile(83), seis dimensiones el de Kaitelidou(84) y Gioel(85). Un aspecto que es importante destacar es la diversidad de dimensiones que se desarrollan en cada caso, esto probablemente se explique por la diferencia de realidades y percepciones disímiles por la población respecto a la calidad de atención, hecho que refuerza que la aplicación de un instrumento desarrollado en un contexto específico no necesariamente mida el constructo de manera óptima en otro contexto.

Comparando el resultado obtenido, dos dimensiones (confianza y empatía) el modelo de Gronroos identifica tres dimensiones (calidad técnica, calidad funcional e imagen corporativa)(86), mientras que SERVQUAL(54) y SERVPERF(56) identifica cinco dimensiones (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía)(87), el Modelo de Encuentro de Servicio tiene seis dimensiones (competencia técnica, competencia interpersonal, cortesía, fiabilidad, accesibilidad y comunicación)(88).

La diferencia sustancial radica en que todos los modelos de contrastación; incluido el instrumento utilizado por el ministerio de salud(70), basado en el modelo SERVQUAL, incorporan dimensiones que tocan aspectos que para la población de estudio no son relevantes, es posible por el contexto cultural que la caracteriza, enfocado en la integralidad de la persona(62,65), no basado en aspectos materiales y de forma o estructurales, de ahí la relevancia de incorporar aspectos culturales en el constructo desarrollado, que además refuerza la lógica de no aplicar una instrumento validado en una realidad distinta sin previa adecuación mínimamente. Es necesario desarrollar la sensibilidad intercultural a partir de la

experiencia razonada en tanto que es una emoción compleja y se deja orientar por la razón(89). La situación experiencial se asocia a las múltiples ocasiones que posibilitan una interrelación con personas de diferentes culturas; es decir, situaciones de comunicación (en todo su sentido verbal y no verbal), contacto físico, colaboración para el logro de objetivos comunes, etc. El desarrollo de la sensibilidad intercultural tiene un carácter evolutivo que permite al sujeto pasar del etnocentrismo al etnorelativismo(90).

En relación a la consistencia interna el valor obtenido por encima de 0,8 similar al de Lozada(81) y Goel(85) con algún grado de similitud al instrumento desarrollado por el equipo de Rebollo(79) y Torres(83) con una predominancia de valores por encima de 0,7 de alfa de Cronbach, contrastando con García que obtuvo 0.608 por α de Cronbach, quizá debido a que consta de pocos ítems (solo 10) y que los aspectos evaluados del proceso de atención ambulatoria fueron también muy variados y, presumiblemente, de comportamiento independiente.(80) Un valor de 0,7 en el desarrollado por Kaitelidou en Grecia(84) y valores inferiores en el caso del estudio en México.(82) las diferencias obtenidas son producto del tamaño de la muestra, considerando que el Alpha de Cronbach es susceptible al respecto, de ahí la posibilidad de usar Omega para subsanar este aspecto.

Respecto a los índices de ajuste el Chi-cuadrado mostró evidencias de un ajuste no aceptable similar al de Lozada, Herrera y Torrez, esto debido a que este es muy sensible al tamaño de la muestra. De igual manera el RMSEA con valores dentro de lo marginalmente aceptable 0,08 en el presente estudio, en Grecia(84) y 0,07 en Colombia(81), con un mejor ajuste en el instrumento desarrollado por Herrera con valores de hasta 0,035.(82)

En el caso de las medidas de ajuste incremental los valores obtenidos resultaron mayores a 0,9, con buen ajuste al compararse con el modelo nulo superiores al de Torres, que estuvieron por encima de 0,7(83) En este aspecto se tuvo mayor uniformidad en los hallazgos.

En el caso de las medidas de ajuste de parsimonia se obtuvo valores menor a los obtenidos por Torres con una diferencia de puntuación cercana a 500, 147,5 en el presente estudio y 669(83) en el estudio de contraste. No fue posible comparar con más resultados porque la mayoría de los autores no utilizaron los índices de parsimonia y por ende modelos de medida para el análisis confirmatorio.

Contrastando el modelo teórico resultante de la presente investigación, en la que se identifica la dimensionalidad centrada en el trato recibido, confianza y empatía por parte de los prestadores del servicio, con otros modelos se pudo evidenciar algunos puntos de encuentro y discrepancia. En el caso del modelo Gronroos(53) se centra en la interacción entre el cliente y el proveedor del servicio, similar al modelo de encuentro de servicio se enfoca en la interacción entre el cliente y el empleado, mientras que SERVQUAL(54) se centra en la diferencia entre las expectativas del cliente y su percepción de la calidad del servicio, de igual manera SERVPERF(56) que solo toma en cuenta las percepciones, el modelo de tres componentes y hace hincapié en la importancia de la evaluación del encuentro con el servicio por parte del cliente; en cambio Nguyen es un modelo de calidad de servicio que pretende medir la calidad del servicio dividiendo el encuentro con el cliente en varias etapas, el problema radica en que resultar demasiado complejo y lento de aplicar en la práctica. El modelo del desempeño evaluado, por su parte, evalúa la calidad objetiva comparando un estándar y un rendimiento referidos a características de calidad cuantificables, por tanto, este modelo no se centra en las expectativas de los clientes ni en sus percepciones de la calidad del servicio.

El constructo trabajado requiere la aplicación del instrumento, expresada en la escala de medición, a diferencia del modelo de Gronroos(21) que no utiliza un cuestionario para recopilar datos, mientras que SERVQUAL sí lo hace mediante un cuestionario estandarizado que puede ajustarse, mientras que SERVPERF es una escala más concisa(29,54,57).

CAPÍTULO 5

5. PROPUESTA Y VALIDACIÓN

PROPUESTA

La propuesta de la presente tesis es una escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público con enfoque intercultural se puede entender a través de los siguientes puntos:

Evaluar la calidad de atención: La escala permite evaluar la calidad de atención que se brinda en la consulta externa del primer nivel de atención del sistema público, lo que es fundamental para mejorar la atención y satisfacción de los pacientes.

Enfoque intercultural: La escala tiene un enfoque intercultural, lo que significa que se consideran las necesidades y expectativas de los pacientes de acuerdo a su cultura y se busca brindar una atención más adecuada y respetuosa

Validación y consistencia: La validez y consistencia de la escala permiten obtener resultados confiables y precisos sobre la percepción de los pacientes acerca de la calidad de atención que reciben

Satisfacción del usuario: La escala permite medir la satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en la consulta externa, lo que es importante para conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y mejorar la calidad de atención

En concreto, la escala de percepción de la calidad es importante porque permite evaluar la calidad de atención, considerar las necesidades y expectativas de los pacientes de diferentes culturas, obtener resultados confiables y precisos, medir la satisfacción del usuario y mejorar la calidad de atención.

La escala consta de 10 items de fácil aplicación, con opciones de respuesta tipo Likert con un tiempo promedio de 5 min de aplicación que no representa una carga laboral al personal de salud.

Escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público con enfoque intercultural

Nº	ITEMS	Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Me es indiferente (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)
	Confianza en el servicio					
1	Existe confianza con el personal del Centro de Salud					
2	Se siente seguro con el servicio que le presta el Centro de Salud					
3	El personal del centro de salud siempre está dispuesto a ayudarlo					
4	El personal de salud muestra un sincero interés en solucionar su problema de salud					
5	El personal de salud está preparado para solucionar su problema de salud					
	Empatía en la atención					
6	El personal de salud responde a sus preguntas a pesar de estar ocupado					
7	El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres					
8	El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional					
9	El Centro de Salud le brinda buen trato desde que usted ingresa					
10	El personal del Centro de Salud es siempre amable con usted					

VALIDACIÓN

Para la validación del modelo trabajado se recurre a un procedimiento estadístico denominado medición de la invarianza. Para lo cual se siguieron los siguientes pasos

- Se Verificó la estructura factorial, las cargas factoriales y los interceptos del instrumento.
- Se utilizó análisis factorial confirmatorio multigrupo basado en modelos de ecuaciones estructurales.
- Conformación de grupos de acuerdo a una variable de estratificación
- Se evaluó la invarianza configuracional, que indica que la estructura factorial es la misma en todos los grupos(91).

- Se evaluó la invarianza métrica, que indica que las cargas factoriales son equivalentes en todos los grupos(92).
- Se evaluó la invarianza escalar, que indica que tanto las cargas factoriales como los interceptos son equivalentes en todos los grupos, es decir que no hay sesgos de respuesta sistemáticos entre los grupos(93,94).
- Finalmente, la invarianza estricta que garantiza que el instrumento mide el mismo constructo en todos los grupos estudiados y que cualquier diferencia encontrada entre los grupos no se debe a diferencias en las propiedades de medición del instrumento(92,94).

CUADRO 27. Invarianza factorial según sexo

Modelo	χ^2 (CMIN)	gl (DF)	$\chi^2/$ gl (CMIN/ DF)	CFI	RMS EA	Com p.	χ^2 a - χ^2 i	gla-gl i	p	▲ CFI	▲ RMSE A
Referencia			< 3	> 0,9	< 0,8				> 0,05	< igual 0,01	< igual 0,015
M1 Invarianza de configuración (Línea base)	162,10	68	2,38	0,91	0,083						
M2 Invarianza métrica o débil (lambda restringida)	163,23	76	2,14	0,918	0,075	M2 vs M1	1,125	8	0,99	0,007	-0,008
M3 Invarianza escalar o fuerte (lambda y tau restringidos)	172,96	86	2,01	0,918	0,071	M3 Vs M2	9,731	10	0,46	0,000	-0,004
M4 Invarianza estricta (lambda, tau y theta restringidos)	181,47	99	1,83	0,922	0,064	M4 vs M3	8,51	13	0,80	0,004	-0,007

Se efectuó un análisis factorial multigrupo para comprobar la invarianza de medición del instrumento desarrollado. Inicialmente, se probó el modelo de invarianza de configuración, línea base o libre (M1), que proponía que el instrumento (constructo) tenía una estructura factorial, los interceptos y las varianzas de error se estimaron libremente. Los índices obtenidos (CFI =0,91; RMSEA =0,083; $\chi^2/$ gl = 2,38) indicaron que el ajuste del modelo a los datos fue adecuado.

A continuación, se probó el modelo de invarianza métrica (M2), en el que se restringieron las cargas factoriales para que fueran iguales entre hombres y mujeres. Los índices mostraron que el modelo ajustó bien y cuando se comparó con el primer modelo (M1) el Δ CFI fue $<0,001$, Δ RMSEA resultó $<0,015$ y Δ x² fue no significativo ($p < 0,05$).

La prueba del modelo de invarianza escalar (M3), en el que los interceptos además de las cargas factoriales se restringieron para que fueran iguales entre los grupos (por sexo), mostró un buen ajuste. Al compararlo con el M2 no se presentaron cambios significativos en CFI, RMSEA ni en x².

Finalmente, el modelo de invarianza estricta (M4) en el que se restringieron, además de las cargas factoriales y los interceptos, las varianzas de error, también ajustó correctamente; en su comparación con el M3, el Δ CFI fue $<0,001$, Δ RMSEA resultó $<0,015$ y Δ x² fue no significativo ($p < 0,05$).

En conjunto, la evaluación realizada para validar el modelo, apoyaron el buen ajuste de los reactivos a la dimensionalidad propuesta resultado de la construcción del instrumento que mide la percepción de la calidad de atención en establecimientos de primer nivel en salud, e indicaron que cuando los elementos de la estructura factorial se mantienen invariantes en función del sexo, los índices de ajuste fueron satisfactorios; en este caso se asume un invarianza adecuada o total. Por tanto, los puntajes del instrumento desarrollado pueden ser comparables entre los grupos y el cambio de una unidad sería equivalente entre ellos.

CAPÍTULO 6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Se obtuvo un instrumento, escala, conformada por 10 ítems, con 5 opciones de respuesta, escala de Likert, con puntuaciones de 1 a 5, con un resultado final categórico ordinal que son: insatisfecho, moderadamente satisfecho y satisfecho.

La investigación demostró que el instrumento de medición para evaluar la percepción de la calidad de atención en establecimientos de salud de primer nivel, así como cada uno de sus ítems tiene una alta consistencia interna; pues el nivel de confiabilidad α Cronbach fue mayor a 0,7, con un nivel de significancia o nivel de error p-valor mucho menor a 0,05.

Los resultados obtenidos en la estimación del modelo con 2 factores relacionados a la percepción de la calidad de atención en salud en el primer nivel resultaron con un buen ajuste y parsimonia, presentando índices de confiabilidad aceptables y consistentes con los reportados por otros estudios.

Los índices de ajuste obtenidos y la validación del modelo de invarianza permiten sustentar que este cuestionario puede ser aplicado con fines investigativos y de evaluación en los establecimientos de primer nivel del sistema público de salud, con las modificaciones pertinentes de acuerdo a cada región, previa adecuación de los ítems.

Incorporar un enfoque intercultural en la atención médica puede tener varios beneficios, entre ellos considerar la pluralidad cultural de los pacientes y sus necesidades específicas, lo que puede mejorar la calidad de atención y la satisfacción de los pacientes, la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales, lo que significa que se busca brindar una atención igualitaria y respetuosa a todos los pacientes, el derecho fundamental a la salud instituida en

la constitución política del estado plurinacional, la generación de políticas inclusivas adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades, además de mejorar de la relación médico-paciente ya que se fomenta el diálogo y la comprensión mutua entre el profesional de la salud y el paciente

El constructo desarrollado Ambos constructos comparten de modo implícito el objetivo de favorecer la interculturalidad, y entienden ésta como un proceso dinámico e interdependiente.

Finalmente, incorporar un enfoque intercultural en la atención médica puede tener beneficios como considerar la pluralidad cultural, promover la paridad de trato, entender la salud como un derecho fundamental, tener políticas inclusivas y mejorar la relación médico-paciente.

6.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda:

En el momento de aplicar o determinar las evidencias de validez de un instrumento se tenga en cuenta los factores culturales y contextuales que puedan afectar a la interpretación del instrumento y sus resultados. La validación de un instrumento documental es un paso esencial en la investigación. Un instrumento validado permite a los investigadores comprender mejor el comportamiento de las personas que viven o enfrentan un evento, y así pensar mejor en una posible intervención.

Incorporar en el proceso de formación de los profesionales en pre y posgrado la metodología para validación de encuestas, de esta manera generar una línea de investigación que implique la puesta en marcha de técnicas psicométricas.

Adaptar culturalmente los instrumentos utilizados al medio donde se quiere utilizar, no aplicarlos directamente, realizar mínimamente la adecuación, prueba piloto y medir la fiabilidad interna. Y si es posible volver a medir las características psicométricas del cuestionario para comprobar su validez y confiabilidad.

Aplicar la metodología propuesta en el documento para validar instrumentos que se utilizan en el sistema de salud del país para garantizar la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos, permitir la comparación con investigaciones previas y contribuir a la credibilidad de la investigación.

Aplicar el instrumento en diversas poblaciones para fortalecer las evidencias de validez del instrumento trabajado. Al aplicar el instrumento en diversas poblaciones, se pueden identificar posibles sesgos o limitaciones en la medición del constructo, lo que permitirá realizar ajustes y mejoras al instrumento.

Fortalecer las políticas, programas y proyectos en salud con enfoque intercultural para eliminar las barreras lingüísticas, diferencias culturales y resistencia al cambio e inclusión. Por ser fundamental para garantizar la inclusión y el acceso a servicios de salud de calidad y equitativos para todas las personas, y promover el respeto y la valoración de la diversidad cultural.

6.3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CountryReports. What is healthcare like in Bolivia? [Internet]. Health and Medical Information. [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.countryreports.org/country/Bolivia/health.htm>
2. Booth A. Bolivia's new health minister promises universal health care. *Lancet* (London, England). 2020 Dec 12;396(10266):1872.
3. Allbery H. Healthcare in Bolivia: Progress and Improvements [Internet]. Latest News. 2020 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://borgenproject.org/healthcare-in-bolivia-progress-and-improvements/>
4. Vollset SE, Goren E, Yuan CW, Cao J, Smith AE, Hsiao T, et al. Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1285–306.
5. Gallego M. Enfoque en la satisfacción con los servicios públicos de salud en Bolivia. *Barómetro las Américas* [Internet]. 2022;1–2. Available from: <https://www.vanderbilt.edu/lapop/spotlights/Spotlight-Gallego-BOL-SD6NEW2-spa-final.pdf>
6. Ministerio de Salud y Deportes. Presentan guía metodológica para evaluar la satisfacción de los usuarios en centros de salud [Internet]. 2016 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/1834-presentan-guia-metodologica-para-evaluar-la-satisfaccion-de-los-usuarios-en-centros-de-salud>
7. OMS. Calidad de la atención [Internet]. Temas de salud. 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
8. Organización Mundial de la Salud, Grupo Banco Mundial, Organización para la cooperación y el desarrollo económico. Prestación de servicios de salud de calidad [Internet]. Vol. 76, *Sanid. mil.* 2020. 1–108 p. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712020000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttps://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1887-85712020000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://apps.who.int/bookorders
9. Fajardo-Dolci G, Pablo Gutiérrez J, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex.* 2015;57(2):180–6.
10. Zapata M. Importance of the GRD system to achieve hospital efficiency. *Rev Medica Clin Las Condes.* 2018 May 1;29(3):347–52.
11. Jimenez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2004 [cited 2023 May 3];30(1). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004
12. Granado-de-la-Orden S, Rodríguez-Rieiro C, Olmedo M, Chacón-García A, Vigil-Escribano D, Rodríguez-Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la Satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas Externas de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81(6):637–45.

13. 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(2):88–95.
14. Vega-Dienstmaier J, Arévalo-Flores J, Tomateo-Torvisco J, Cabello E. Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en el consultorio externo de psiquiatría de un hospital público (Lima, Perú). *Rev Neuropsiquiatr.* 2014;77(4):271–82.
15. Tiga-Loza D, Villar-Centeno L, Güiza-Sanabria D, Martínez-Vega R. Validez y confiabilidad de un instrumento de satisfacción del usuario con síndrome febril agudo. *Rev salud pública.* 2010;12(5):820–32.
16. Kaitelidou D, Economou C, Galanis P, Konstantakopoulou O, Siskou O, Domete S, et al. Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Fam Pr.* 2019;20(1):49.
17. Aletras V, Papadopoulos E, Niakas D. Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Heal Serv Res.* 2006;6:66.
18. Sonu G, Deepak S, Amarjeet S. Development and validation of a patient satisfaction questionnaire for outpatients attending health centres in North Indian cities. *J Health Serv Res Policy.* 2013;19.
19. Duque E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR Rev Ciencias Adm y Soc* [Internet]. 2005;15(25):64–80. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>
20. Bustamante MA, Zerda-Barreno ER, Obando F, Tello-Sánchez MG. Fundamentos de calidad de servicio, el modelo Servqual. *Rev Empres.* 2019;13(2):1–15.
21. Núñez-Tobías S, Juárez-Mancilla J. Análisis comparativo de modelos de evaluación de calidad en el servicio a partir de sus dimensiones y su relación con la satisfacción del cliente. *Empres Investig y Pensam crítico* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 6];7(1):49–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.17993/3comp.2018.070133.49-59/>
22. Alvarez-Heredia F. *Calidad y Auditoría en Salud.* Ecoe Ed. Bogotá; 2005. 362 p.
23. Tigani D. *Excelencia en Servicio.* Liderazgo 21; 2006. 70 p.
24. Cruz Sánchez AA, Orduña Carlos MD, Álvarez Hernández JG. Evolución del concepto de calidad y los modelos de medición de calidad en el servicio. *Rev Innovaciones Negocios.* 2019;15(30):259–78.
25. J Palacios-Gómez. Revisión y crítica del papel de las expectativas en las escalas para medir la calidad percibida del servicio. *Methaodos Rev Ciencias Soc.* 2014;2(1):59–71.
26. Domínguez BNR. *Control de calidad de la atención de salud.* Vol. 20. 2006.
27. Duque Oliva EJ, Gómez YD. Evolución conceptual de los modelos de medición de la percepción de calidad del servicio: Una mirada desde la educación superior. *Suma Negocios.* 2014;5(12):180–91.

28. Torre M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium* [Internet]. 2015;18(35):57–76. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
29. Ghobadian A, Speller S, Jones M. Service Quality Concepts and Models. *Int J Qual Reliab Manag* [Internet]. 1994;11(9):43–66. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/02656719410074297/full/html>
30. Mathew S, Beth E. *Guide to Assessing Client Satisfaction*. Durban, (South Africa): Health system Trust. 2001;
31. Trust H care C-NWLHN. *Outpatient survey report*. 2005.
32. Larsen D, Rootman R. Physician's role performance and patient satisfaction. *Soc Sci med*. 1976;10:29–32.
33. West away Margaret S, Rheeder Paul, Vanzyl Daniel G SJR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction. *J Qual Heal care*. 2003;15(4):337–344.
34. James A. *Hospital management in the tropics and subtropics*. 1990.
35. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *J Am Med Assoc*. 1988;260:1743–1748.
36. Chávez de Paz P, Ramos W, Galarza C. Nivel de satisfacción del usuario en los consultorios externos de dermatología del Hospital Nacional Dos de Mayo: diciembre 2006. *Dermatol peru*. 2009;19(1):22–31.
37. Thompson A, Sunol R. Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *Int J Qual Heal Care*. 1995;7(2):127–41.
38. Williams T, Schutt-Aine J, Cuca Y. *Client satisfaction surveys for improved family planning service quality: A user's manual and discussion of results to date*. New York; 1996. p. 61.
39. Cleary P, McNeil B. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988;25:25–36.
40. Carr-Hill R. The measurement of patient satisfaction. *J public Heal med*. 1992;14(3):236–349.
41. Mira-Solves J, Vitaller-Burillo J, Rodríguez-Marín J. Calidad percibida y satisfacción. Interrelaciones médico-enfermo. La calidad de la asistencia y la satisfacción. In: *Gestión Sanitaria: Calidad y seguridad de los pacientes*. Díaz de Sa. Madrid; 2014. p. 951–2.
42. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114(SUPPL. 3):26–33.
43. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect*. 2009;73(4):305–15.
44. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, Phuc Tien N, Thuy Van D TKAL. Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam. *Am J Infect Control*. 2015;43(12):e93–9.
45. Silva A. *How to Write Meaningful Quality Attributes for Software Development* [Internet].

- Amsterdam; 2017. Available from: <https://www.codementor.io/@antoniopfesilva/how-to-write-meaningful-quality-attributes-for-software-development-ez8y90wyo>
46. Aldrete-Velasco J. Mercadotecnia para el consultorio El arte y ciencia de hacer y retener clientela. Alfil. México D.F.; 2011. 1–210 p.
 47. Diz L. Medición de la calidad de atención en los servicios de rehabilitación [Internet]. Universidad Católica Andrés Bello; 2010. Available from: <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAS0306.pdf>
 48. Verdug-Batiz A. Calidad de la atención de enfermería en el Servicio de Aplicación de Quimioterapia - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Rev Electrónica PortalesMedicos.com [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 6]; Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3982/2/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-el-Servicio-de-Aplicacion-de-Quimioterapia->
 49. Hernández-Murillo R. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Publica Mex [Internet]. 1990;32(2):248–9. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10632217.pdf>
 50. Donabedian A. La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf. Rev Calid Asist [Internet]. 2001;16:S29–38. Available from: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
 51. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 2005;84(4):691–729.
 52. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev Calid Asist. 2001;16:S10.
 53. Condori E. MODELOS DE CALIDAD DEL SERVICIO A MODELO DE GRÖNROOS [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 6]. p. 72–7. Available from: <https://1library.co/article/modelos-calidad-servicio-modelo-grönroos.zxvo3r4y>
 54. Morales EC. Escala Multidimensional SERVQUAL [Internet]. Chile; 2005 [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2010/03/mida-la-calidad-de-su-servicio-con-la-escala-servqual.pdf>
 55. Margarita K, Programa A, De D, Resumen E. MODELO SERVQUAL PARA EL ANALISIS DE LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LA ATENCION PRIORITARIA EN LA UNIDAD MEDICA CARTAGENA DE INDIAS. [cited 2022 Sep 7]; Available from: https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3961/MODELO_SERVQUAL_PARA_EL_ANALISIS_DE_LA_PERCEPCION_DE_LA_%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 56. Ramos-Farroñan V, Mogollón-García S, Santur-Manuel F, Cherre-Morán L. El modelo SERVPERF como herramienta de evaluación de la calidad de servicio de una empresa. Univ y Soc. 2020;12(2):417–23.
 57. Paola Ramírez Carvajal A. Servqual o Servperf: ¿Otra alternativa? Sinapsis. 2017;1(9):59–63.
 58. Podestá P. Un acercamiento al concepto de cultura. J Econ Financ Adm Sci. 2006;11(21):25–39.

59. Ferri JG. Cultura: sus significados y diferentes modelos de cultura científica y técnica. *Rev Iberoam Educ.* 2012;58:15–33.
60. Ron J. Sobre el concepto de cultura. *CULTURALES C*, editor. 1977. 53 p.
61. González Fernández A, Genes Martínez A, Mendoza Blanco J, Mera Zapata R, Gaitán Vásquez N, Salazar Luna ZC. Determinantes culturales de la salud. *Opinión Novel. Rev Av en salud.* 2017;(14):44–7.
62. Eroza-Solana E, Carrasco-Gómez M. La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR Estud Soc y Humanísticos [Internet].* 2020 [cited 2023 May 2];18(1):112–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
63. Alarcón M AM, Vidal AH, Neira Rozas J, Frontera L, Salud Araucanía Norte S, Especial A. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile.* 2003;131:1061–5.
64. Salaverry O. Interculturality in health. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet].* 2010 [cited 2023 May 2];27(1):80–93. Available from: https://www.researchgate.net/publication/274939201_Interculturalidad_en_salud
65. Ramírez Hita S. Aspectos interculturales de la reforma del sistema de salud en Bolivia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet].* 2014 Dec 2 [cited 2023 May 2];31(4). Available from: https://www.researchgate.net/publication/271223867_Aspectos_interculturales_de_la_reforma_del_sistema_de_salud_en_Bolivia
66. Michaux J. Hacia un Sistema Intercultural de Salud en Bolivia: De la tolerancia a la necesidad sentida. [cited 2023 May 2]; Available from: <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen6/FASSIN.htm>.
67. Chambi F. Bolivia, lejos de un servicio de calidad en la salud pública. *País [Internet].* 2019 Aug 6 [cited 2023 May 2]; Available from: <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190806/bolivia-lejos-servicio-calidad-salud-publica>
68. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Area de calidad [Internet]. *Libros y normas.* 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/es/38-libros-y-normas/fichas-bibliograficas/1568-area-de-calidad>
69. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Redes de servicio y calidad [Internet]. *Documentos.* 2023 [cited 2023 May 2]. Available from: <https://www.minsalud.gob.bo/es/8-institucional/44-redes-de-servicios-y-calidad>
70. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Guía metodológica para evaluar la percepción de la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de primer nivel de atención. *La P;* 2015 p. 33.
71. Perry B, Gesler W. Physical access to primary health care in Andean Bolivia. *Soc Sci Med.* 2000;50(9):1177–88.
72. Saigí-Rubió F, Torrent-Sellens J, Jiménez-Zarco A. Drivers of telemedicine use: Comparative evidence from samples of Spanish, Colombian and Bolivian physicians. *Implement Sci*

- [Internet]. 2014 Oct 8 [cited 2023 May 2];9(1):1–16. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-014-0128-6>
73. Alvarez FN, Leys M, Mérida HER, Guzmán GE. Primary health care research in Bolivia: systematic review and analysis. *Health Policy Plan* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2023 May 2];31(1):114–28. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/31/1/114/2363218>
 74. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 21];10(2):3–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
 75. IBM. SPSS Statistics [Internet]. Pruebas de muestras relacionadas de K: Tipos de prueba. 2021. Available from: <https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/version-missing?topic=samples-related-tests-test-types>
 76. Ventura-León J, Caycho-Rodríguez T. El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv* [Internet]. 2017 [cited 2023 Mar 29];15(1):625–7. Available from: <http://www.ppsw.rug>.
 77. Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2005 [cited 2023 Mar 29];34(4):572–80. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 78. Gaskin J. Modelado de ecuaciones estructurales [Internet]. *stat wiki*. 2022 [cited 2023 May 18]. Available from: http://statwiki.gaskination.com/index.php?title=Main_Page
 79. Rebollo P, Cuervo J, Villa G, Barrera MJ, Tranche S, Snchez-Baragao MA, et al. Development and validation of a generic questionnaire for evaluating satisfaction in patients with chronic disease: The SAT-Q Questionnaire. *Aten Primaria*. 2010;42(12):612–9.
 80. García-Galicia A, Díaz-Díaz JF, Montiel-Jarquín ÁJ, González-López AM, Vázquez-Cruz E, Morales-Flores CF. Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción del paciente de consulta externa. *Gac Med Mex*. 2020;156(1):47–52.
 81. Losada Otálora M, Rodríguez Orejuela A, Hernandez-Espallardo M. Propuesta metodológica para medir la calidad del servicio de consulta externa en medicina general. Vol. 27, *Estudios Gerenciales*. 2011. p. 185–204.
 82. Herrera-Kiengelher L, Zepeda-Zaragoza J, Austria-Corrales F, Vázquez-Zarate VM. Validez y fiabilidad del cuestionario de Cultura De Calidad en Servicios de Salud en México. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2013;28(5):267–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.004>
 83. Torres-Moraga E, Lastra-Torres J. Propuesta de una escala para medir la calidad del servicio de los centros de atención secundaria de salud. *Rev Adm Pública*. 2008;42(4):719–34.
 84. Kaitelidou D, Economou C, Galanis P, Konstantakopoulou O, Siskou O, Boer D De, et al. Desarrollo y validación de herramientas de medición para encuestas de evaluación de la experiencia del usuario en los centros públicos de atención primaria de la salud en Grecia : un estudio de métodos mixtos. *Práctica Fam BMC*. 2019;6:1–12.

85. Goel S, Sharma D, Singh A. Development and validation of a patient satisfaction questionnaire for outpatients attending health centres in North Indian cities. *J Heal Serv Res Policy*. 2014;19(2):85–93.
86. Serrano Bedia AM, López Fernández C. Modelos De Gestión De La Calidad De Servicio: Revisión Y Propuesta De Integración Con La Estrategia Empresarial. *Dialnet-Uniroja* [Internet]. 2007;2(1988):6–6. Available from: <https://dialnet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=2480844>
87. Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. The Servqual Method as an Assessment Tool of the Quality of Medical Services in Selected Asian Countries. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2023 Jun 12];19(13). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35805492/>
88. Gil-Saura I, Sánchez-Pérez M. Encuentro de servicio, valor percibido y satisfacción del cliente en la relación entre empresas. *Cuad Estud Empres*. 2005;15:47–72.
89. Viaña J, L T, Walsh C. Construyendo interculturalidad crítica. *Convenio Andres Bello*, editor. La Paz - Bolivia; 2010. 127 p.
90. Viaña J. La interculturalidad como insumo básico de un proyecto de transformación societal. In: Bello CA, editor. *La interculturalidad como herramienta de emnicipación*. La Paz - Bolivia; 2009. p. 33–76.
91. Merino-Soto C, López-Fernández V, Grimaldo-Muchotrigo M. Measurement and structural invariance of the brief basic empathy scale (BES-B) in peruvian children and adolescents. *Rev Colomb Psicol*. 2019 Jul 1;28(2):15–32.
92. Ventura-León J, Caycho-Rodríguez T, Dominguez-Lara S, Ventura-León J, Caycho-Rodríguez T, Dominguez-Lara S. Invarianza Factorial Según Sexo de la Basic Empathy Scale Abreviada en Adolescentes Peruanos. *Psykhe (Santiago)* [Internet]. 2019 [cited 2023 May 18];28(2):1–11. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282019000200112&lng=es&nrm=iso&tlng=es
93. Barrera-Barrera R, Navarro-García A, Peris-Ortiz M. El papel de la invarianza fcatorial en la validación del constructo calidad de servicio electrónico. 2013 [cited 2023 May 18]; Available from: https://www.researchgate.net/publication/301346227_EL_PAPEL_DE_LA_INVARIANZA_FACTORIAL_EN_LA_VALIDACION_DEL_CONSTRUCTO_CALIDAD_DE_SERVICIO_ELECTRONICO
94. Calvo-Porrall C. Análisis de la invarianza factorial y causal con Amos [Analysis of factorial and causal invariance with Amos]. Lévy Mangin J-P, Larraz Iribas B, editors. *Univ da Coruña* [Internet]. 2017 [cited 2023 May 18];(April 2016):68. Available from: https://www.researchgate.net/publication/300717980_Analisis_de_la_invarianza_factorial_y_causal_con_AMOS

6.4. ANEXOS

1. INSTRUMENTO DE JUICIO DE EXPERTOS