

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas**

**LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD PERCIBIDA
POR LOS PACIENTES EN AMÉRICA LATINA**

MONOGRAFÍA

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Allan Antonio Vargas Escobar
Carlos Enrique Estevez Whitman
Julio Javier González López**

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre 2020

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

- | | | | |
|----|--------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | JULIO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ | 201400002 | 2897596920101 |
| 2. | ALLAN ANTONIO VARGAS ESCOBAR | 201400346 | 2669927300101 |
| 3. | CARLOS ENRIQUE ESTEVEZ WHITMAN | 201407351 | 2730539060101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

**LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA
DE SALUD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN AMÉRICA LATINA**

Trabajo asesorado por el Dr. Paúl Antulio Chinchilla Santos y revisado por el Dr. Miguel Ángel García García, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el trece de octubre del dos mil veinte



Dr. e. César Oswaldo García García
Coordinador

Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano



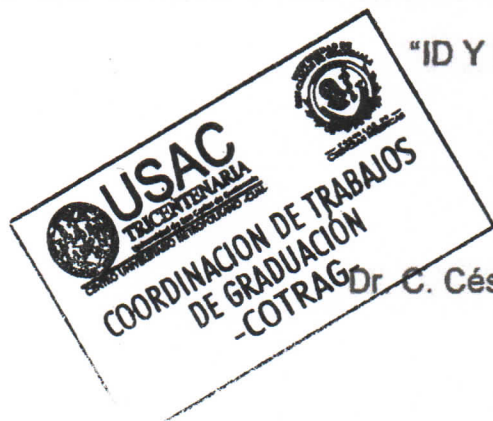
El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- | | | | |
|----|--------------------------------|-----------|---------------|
| 1. | JULIO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ | 201400002 | 2897596920101 |
| 2. | ALLAN ANTONIO VARGAS ESCOBAR | 201400346 | 2669927300101 |
| 3. | CARLOS ENRIQUE ESTEVEZ WHITMAN | 201407351 | 2730539060101 |

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

**LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA
DE SALUD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN AMÉRICA LATINA**

El cual ha sido revisado y aprobado como profesor (a) de esta Coordinación: **Dra. María Estela del Rosario Vásquez Alfaro** y, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General. Dado en la Ciudad de Guatemala, el trece de octubre del año dos mil veinte.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

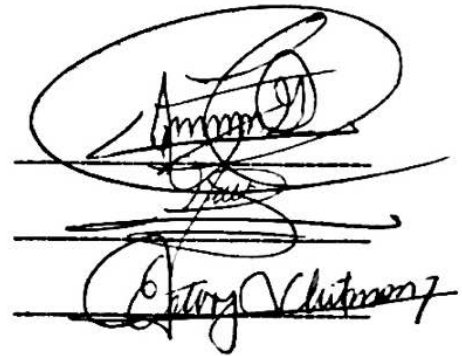
Guatemala, 13 de octubre del 2020

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. JULIO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ
2. ALLAN ANTONIO VARGAS ESCOBAR
3. CARLOS ENRIQUE ESTEVEZ WHITMAN



Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulado:

**LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA
DE SALUD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN AMÉRICA LATINA**

Del cual el asesor y el revisor se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

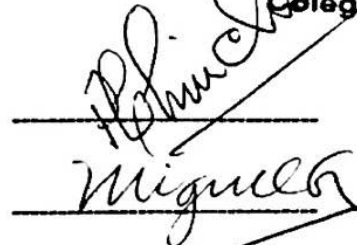
FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor: Paúl Antulio Chinchilla Santos

Revisor: Miguel Ángel García García

Reg. de personal 930570

Paul Antulio Chinchilla Santos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 3154



DR. MIGUEL ANGEL GARCIA GARCIA
MAESTRIA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COLEGIADO 8,007

MEMORANDUM

A: Dr. Esteban Adrián Salatino Díaz
Supervisor de Control Académico

DE: Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG

FECHA: 13 de octubre del 2020

ASUNTO: SOLICITUD DE REVISIÓN DE DATOS

Me dirijo a usted para solicitarle, de forma cordial, se sirva verificar si los datos contenidos en la orden de impresión del informe final del trabajo de graduación, en la modalidad de MONOGRAFÍA, denominada:

**LA ATENCIÓN MÉDICA DEL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA
DE SALUD PERCIBIDA POR LOS PACIENTES EN AMÉRICA LATINA**

Responsables

1.	JULIO JAVIER GONZÁLEZ LÓPEZ	201400002	2897596920101
2.	ALLAN ANTONIO VARGAS ESCOBAR	201400346	2669927300101
3.	CARLOS ENRIQUE ESTEVEZ WHITMAN	201407351	2730539060101

DEDICATORIA

Dedicamos la presente monografía principalmente a Dios por colmar nuestra existencia de bendiciones, por ser pilar y protector de nuestro andar, así como permitirnos culminar nuestra carrera universitaria; asimismo, a nuestros padres por ser ejemplo de dedicación, valentía e inspiración cada día de nuestras vidas, el apoyo incondicional brindado todo este tiempo, la ayuda dada en momentos difíciles, ser el soporte todos estos años de desvelos, ayunos prolongados, cansancio, haciendo el esfuerzo por protegernos en los posturno llegándonos a traer, manejando en horas de la madrugada para darnos cosas que necesitábamos, soportando penas por no vernos varios días seguidos, aportándonos en lo económico para poder solventar sin problemas nuestra carrera, palabras de aliento y creer en que lo lograríamos.

A nuestras parejas por el amor, apoyo y ternura incondicional en cada momento de la relación. También a nuestras familias por ser nuestra la razón de existir, el cimiento que cada día inspira a ser mejor persona. Asimismo, a nuestros amigos por cada vivencia, risas y sueños que han vivido con nosotros.

A las personas que depositaron confianza en nosotros, apoyándonos de distintas maneras, confiando en nuestro conocimiento, a todos y cada uno de ellos dedicamos con alegría este trabajo, ya que sin ellos, esto no hubiese sido posible, cumpliendo nuestras metas propuestas, así como las que nos faltan por cumplir.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad de San Carlos de Guatemala por ser nuestra alma mater, segundo hogar y por permitirnos formarnos en el ámbito académico necesario para ser profesionales de éxito, por abrirnos las puertas y poder adquirir el conocimiento para lograr nuestras metas.

Asimismo, agradecemos a la Facultad de Ciencias Médicas Por formarnos como profesionales exitosos y con alta visión social, para ser parte en el desarrollo integral de la nación, también habilitando plataformas virtuales para finalizar el trabajo de graduación a pesar de la pandemia, también a cada catedrático que nos ayudó a lograr adquirir el conocimiento y descubrir nuestro potencial en la carrera de medicina.

A nuestro Revisor, el Doctor Miguel Angel Garcia Garcia, y Asesor, el Doctor Paul Antulio Chinchilla Santos, por el apoyo brindado en la elaboración de esta monografía, así como aportando su conocimiento.

A nuestros compañeros, por el apoyo y amistad incondicional que nos han brindado, pues han estado en todo momento de nuestra carrera hasta el día de hoy. Son parte fundamental en el cumplimiento de nuestros sueños.



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores, es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

ÍNDICE

Introducción	i
Planteamiento del problema	iii
Objetivos	v
Métodos y técnicas	vi
 Contenido temático	
Capítulo 1. Características sociodemográficas del paciente en América Latina	1
Capítulo 2. Dimensiones de atención médica percibidas por paciente del primer nivel de atención	13
Capítulo 3. Medición de la percepción de atención médica	32
Capítulo 4. Análisis.....	47
Conclusiones	51
Recomendaciones	53
Referencias bibliográficas	54
Anexos	68
Referencias bibliográficas complementarias	75
Índices accesorios	76

PRÓLOGO

En la presente monografía, se encuentra la información más actualizada y detallada sobre la atención médica desde la percepción de los pacientes en la región de América Latina, respectivamente del primer nivel de atención del sistema de salud, colocada de manera comprensible e interesante para el lector. Se expone la problemática en las primeras páginas del trabajo, observando el propósito por el cual los autores deciden realizar la búsqueda sistematizada a través de buscadores lógicos, proporcionando información veraz, con grados de recomendación de evidencia científica.

La monografía se encuentra dividida en cuatro capítulos, con el primero que detalla las características sociodemográficas de los pacientes que pertenecen a América Latina, manifestando su conformación territorial, ecosistemas, actividad económica, densidad poblacional, distribución de ambos sexos, grupos etarios, escolaridad, los desafíos a los que se enfrenta esta región respecto a salud pública, y la organización del sistema de salud, manejándolo de esta manera para explicar la población manifestada en el trabajo, y su contexto social, en como esta puede influir en la percepción de estos.

Luego se aborda en el segundo capítulo las dimensiones de la percepción del paciente, incluyendo cada uno de los puntos que pueden tomarse en cuenta al momento de necesitar entender todo el fenómeno de éste, complementándolo con el tercer capítulo donde se indican formas de lograr medir la percepción en la atención médica, pasándolo de un carácter meramente cualitativo, a cuantificarlo, y tener datos numéricos que expliquen si la atención médica es óptima o es deficiente; de esta forma, se cierra con el cuarto capítulo, realizando el análisis completo de toda la información descrita en los previos capítulos.

La idea principal de este trabajo por parte de los autores, es debatir la atención médica del primer nivel del sistema de salud percibida por los pacientes en América Latina, para comprender el fenómeno, formular conclusiones válidas, con argumentos los cuales están fundamentados en información real, esperando que la lectura sea comprensible, y le sea de ayuda al lector.

INTRODUCCIÓN

La atención médica es aquella asistencia sanitaria esencial para la comunidad, donde los individuos buscan satisfacer sus necesidades, con participación activa y costo asequible para ellos; de esta manera el personal de salud busca brindar un servicio con el que se alcancen las perspectivas de los pacientes. ¹

Los países han desarrollado sistemas de salud, para organizar toda la estructura sanitaria, que al mismo tiempo, se basan en la atención primaria de salud, que orienta a realizar funciones de equidad y solidaridad, donde debe quedar claro que toda persona tiene el derecho inherente de gozar el mejor grado de salud que se pueda lograr, sin prejuicios; con relación a esto América Latina no es la excepción, donde cada uno de los sistemas de salud están distribuidos por niveles de atención, según la complejidad, donde el primer nivel es el más bajo, encargado de ser el contacto inicial con la población respecto a la atención sanitaria, y el tercer nivel, siendo el superior, contando con equipos para resolver casos complicados, o que no pueden ser manejados en niveles previos. ¹⁻²

La Organización Mundial de la Salud, manifiesta que el servicio brindado debe ser evaluado, para poder realizar intervenciones pertinentes, y poder generar una estructura de salud mejorada; contando con una referencia, que es la percepción del paciente, respecto al servicio brindado, que en este caso es la atención médica. De esta manera, en América Latina, la utilización de la atención primaria de salud, dirige a los sistemas de salud a buscar respuestas sobre lo planteado. ^{3, 4,5}

América Latina, es una región con diversas culturas, diferentes grupos poblacionales, características sociodemográficas, y escolaridad; por ello queda claro, que los pacientes de cada lugar, no serán los mismos. Dentro del espectro de la percepción, son múltiples las dimensiones que pueden evaluarse de los pacientes, contando con la dimensión técnica, interpersonal, del entorno y de temporalidad, cada una de ellas con sus propios elementos; además la OMS brinda sus propios criterios para ajustar una adecuada evaluación de la percepción de los usuarios. ^{2,5}

Por ello, se ha buscado métodos para medir la percepción, entre los cuales pueden mencionarse el modelo Donabedian, Service Quality, Service Performance, Service Quality Hospital, Cuestionario de Satisfacción del Usuario de Consultas Externas, y otros, los cuales buscan determinar la satisfacción de los pacientes, respecto a los distintos componentes de las dimensiones de la percepción. ^{2, 6,7}

Por lo anterior, surge el objetivo: debatir la atención médica del primer nivel del sistema de salud percibida por los pacientes en América Latina, además de argumentar las características sociodemográficas que presentan los pacientes que acuden al primer nivel de atención del sistema de salud, explicar las dimensiones de la percepción de la atención médica, los cuales pueden ser evaluados a partir de los pacientes, y finalmente exponer la manera en que puede medirse la percepción del paciente.

En la presente monografía se realizó una investigación con diseño exploratorio de tipo compilación, utilizando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Encabezados de Temas Médicos (MeSH por sus siglas en inglés de Medical Subjects Headings), procediendo a utilizarlos en las bases de datos de Medline, Pubmed, Scielo, EBSCO, Biblioteca Virtual en Salud, Cochrane, Jama y Google académico.

Se elaboraron tres capítulos, donde el primero busca que el lector logre identificar las características de los pacientes que consultan en el primer nivel de atención, dando una pauta para a identificar los factores que pueden influir en los resultados de una encuesta, seguido por el segundo capítulo titulado dimensiones de la percepción del paciente, detallando cada uno de sus enfoques, así como los componentes que la estructuran, para demostrar la amplitud del fenómeno de la percepción; y el tercer capítulo titulado medición de la percepción del paciente, en el cual se manifiestan métodos utilizados, así como resultados que han sido tomados en cuenta en los países latinoamericanos, para conocer la opinión y perspectiva de los pacientes; finalizando con el análisis de la información recopilada y expuesta en los tres capítulos previos.

Se invita al lector, a conocer la atención médica percibida por los pacientes, en el primer nivel de atención de América Latina, enriqueciendo su conocimiento, con información actualizada sobre el tema, para lograr identificar de manera pertinente las dimensiones a evaluar, discriminar sobre los diferentes métodos, y tener un mejor panorama de la población de la región.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de atención en los servicios de salud se ha convertido en tema relevante en las últimas décadas debido a que los avances científicos y tecnológicos, han impactado en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo ha generado numerosas consecuencias negativas, que afectan la atención médica de una u otra forma, y también ha propiciado la búsqueda de nuevos estándares para satisfacer al máximo las expectativas de los pacientes, por tal motivo, uno de los pioneros en la evaluación de la calidad de la atención médica, fue el médico Avedis Donabedian, realizando la sistematización del proceso, así mismo refirió que la calidad de atención es aquella donde se maximiza el beneficio del paciente, dando respuesta efectiva a los problemas o situaciones de salud. ^{1, 2}

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que el nivel de servicio brindado debe lograr cubrir las demandas de la población a la cual está dirigida, consecuentemente, esta institución menciona que se debe tomar en cuenta la opinión de los pacientes, con el propósito de evidenciar las principales carencias que posean estos servicios, precisando la mediación en todos los niveles que conforman el sistema de salud, con la necesidad de retroalimentar constantemente las cualidades del servicio de las diferentes entidades; de esta manera, en datos revelados por la OMS refiere que, a nivel mundial, 4 de cada 10 pacientes sufren daños en la atención sanitaria primaria y ambulatoria, de los cuales hasta 80% de los daños son prevenibles, siendo los errores comunes el diagnóstico, prescripción y uso de medicamentos. ^{3,4, 5}

La calidad de atención, contribuye a disminuir la carga global de enfermedad y necesidades de salud insatisfechas, también ejerce el impacto económico sustancial, con considerables implicaciones de costos para los sistemas de salud y las comunidades en todo el mundo, como lo realizado en Uganda, el modelo que involucra a ciudadanos y comunidades en el diseño de servicios de salud ha mejorado indicadores en el ámbito sanitario, como la reducción del 33% en la mortalidad infantil, entre la principal; además, países latinoamericanos han mejorado la calidad de atención primaria, como Costa Rica, a través de estrategias formuladas a partir de la implementación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). ⁶

Por un lado, datos recopilados, en el estudio elaborado en el año 2019 titulado: Patient Satisfaction with Rural Medical Services, realizado por Liu J, Mao Y, en 11 provincias de China determinó que 3 de cada 5 pacientes estaban satisfechos con los servicios médicos rurales, aunque con deficiencias especialmente en el tiempo de espera junto con el costo llevan el puntaje más bajo en el estudio con el 60.2% insatisfechos; así pues, según Bustamante M, Zerda E, Obando F, Tello M, en el estudio titulado: Desde las expectativas a la percepción de calidad de

servicios en salud en Guayas, Ecuador, del año 2020, en instituciones del primer nivel de salud, donde evaluaron la percepción y expectativa, determinaron que el 86.3% de los pacientes indicaban que el servicio prestado fue de alta calidad; asimismo, en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, publicó en el año 2015, el trabajo titulado: Estado del financiamiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios en la red hospitalaria del MSPAS al año 2014, la evaluación de la satisfacción de los usuarios, determinando adecuada percepción en 63%, siendo muy baja; en la evaluación de la inconformidad con el personal médico, el 25% refirió que la razón de su inconformidad se debe a que el médico no es amable, otro 25% refirió que el médico no explica, explicando las bases del deficiente desempeño en ese estudio.^{7, 8, 9}

Por lo anterior, surge la interrogante: ¿Cómo es la atención médica del primer nivel del sistema de salud percibida por los pacientes en América Latina?, se delimitará de esta manera, ya que es la población con mayor demanda de servicios médicos, y por lo tanto, la más afectada dentro de esta problemática; el área geográfica de la investigación se tomará América Latina, al compartir similitudes y al mismo tiempo diferentes poblaciones, que enriquecerán el estudio.

OBJETIVOS

Objetivo general

Debatir la atención médica del primer nivel del sistema de salud percibida por los pacientes en América Latina.

Objetivos específicos

1. Argumentar las características sociodemográficas que presentan los pacientes que reciben atención médica en el primer nivel del sistema de salud en América Latina.
2. Explicar las dimensiones de la percepción de atención médica que captan los pacientes del primer nivel del sistema de salud en América Latina.
3. Exponer la medición de la percepción del paciente en la atención médica del primer nivel del sistema de salud en América Latina.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Para la elaboración de la monografía se recurrió a estudios realizados con enfoque cualitativo y cuantitativo. Se realizó una monografía con diseño exploratorio de tipo compilación, se utilizó Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), y Encabezados de Temas Médicos (MeSH por sus siglas en inglés de Medical Subjects Headings), descritos en la tabla 1 (ver anexo 1).

Se procedió a realizar una exhaustiva búsqueda documental con los DeCS y MeSH descritos previamente, asociándose y utilizando conectores lógicos para especificar la búsqueda, en las bases de datos Medline, Pubmed, Scielo, EBSCO, BVS, Cochrane, JAMA. Los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta fueron fuentes en idioma español e inglés, con acceso a texto completo, se utilizarán sitios de internet de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, sociedades científicas privadas, bibliotecas de universidades, Ministerios de Salud de diferentes países, metaanálisis, opiniones de expertos, revisión sistemática de ensayos clínicos controlados, estudios de cohorte individuales, revisión sistemática de estudios de cohorte, revisión sistemática de casos y controles y estudio individual de casos, controles, opiniones de expertos, publicaciones de leyes que sigan vigentes y que no hayan sido actualizadas. Como criterios de exclusión: fuentes de información que sean grado de validez IV, estudio que presente conflicto de interés.

Al concluir la fase de búsqueda y recolección de información se procedió a seleccionar los estudios que fueron relevantes para la elaboración de la monografía. Las fuentes se unificaron en una tabla tipo matriz donde serán ordenados según los criterios expuestos, en la tabla 2 (ver Anexo 2). La información fue resguardada en procesadores de texto digitales como Word o en notas manuales. Y la importancia de esta acción fue registrar parte de los datos de forma breve, clara y con comentarios para facilitar accesos posteriores. De igual manera se realizó un análisis profundo y comparativo para cumplir los objetivos trazados de la investigación documental y con ello desarrollar las conclusiones y recomendaciones de la monografía. Luego se procedió a la redacción por capítulos de la monografía:

1. Características sociodemográficas del paciente en América Latina
2. Dimensiones de atención médica percibidas por el paciente en primer nivel de atención
3. Medición de la percepción de atención médica
4. Análisis

CAPÍTULO 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE EN AMÉRICA LATINA

SUMARIO

- Conformación de América Latina
- Características sociodemográficas de América Latina
- Indicadores de salud

El presente capítulo trata sobre la actualidad de América Latina, con la información sobre su conformación por países, su ambiente, la manera en que se realiza la actividad económica, densidad poblacional y caracterización de la población como la distribución etaria y de sexo; asimismo, se abordan los desafíos que América Latina debe manejar en el ámbito de la salud pública, y por último detallar la manera en que el sistema de salud se distribuye en esta región del continente americano.

1.1. Conformación de América Latina

La distribución de la región de América Latina se detalla en los siguientes incisos, lo cual es relevante para comprender el contexto al que se quiere interpretar en el presente trabajo, para conocer los países que conforman América Latina, y dar un mejor análisis del problema.

1.1.1. Países, extensión territorial y ecosistemas

El mundo experimenta cambios demográficos inesperados, a principios del siglo XX la población total era de dos mil millones de habitantes, registrándose actualmente aproximadamente siete mil millones, esperando que la cifra aumente para el siglo XXI hasta los diez mil millones de habitantes; los cambios demográficos de América Latina se han dado a lo largo de la historia, así mismo con cambios sustanciales de su entorno geográfico, mortalidad, migración de poblaciones, urbanización de sus ciudades y el envejecimiento siendo importante todos estos aspectos para el desarrollo evolutivo de dicha región. ¹⁰

En este contexto es fundamental enunciar las características de la población, asimismo establecer los límites de territorio que ocupan para poder desempeñarse como una sociedad. La región de América Latina, cuenta con los países de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, un total de 19 países. ¹¹

Como se mencionó anteriormente, América Latina presenta gran diversidad de geografía física, refiriéndose al ecosistema donde la población se desenvuelve día a día, el de esta región

se basa en el clima, el relieve, la flora y fauna y la hidrografía principalmente. Referente al clima de América Latina se muestran diversos tipos, siendo el predominante, el cálido de subtipo tropical, que abarca desde honduras dirigiéndose hacia el sur llegando hasta Brasil; entre algunos países que cuentan con climas fríos están: Ecuador, Perú y Bolivia. El relieve es otra de las características importantes debido a que, en él se realizan actividades económicas que se desarrollan en cada país, contando con regiones de llanura, mesetas, montañas, valles y bahías donde la población aprovecha esta diversidad para explotar económicamente la región y dar el sustento a sus familias.¹²

Debe entenderse que América es un solo continente, pero en él se realizan subdivisiones en base a distintos criterios, desde el punto de vista geográfico se divide en región del norte, central y del sur. América del norte se divide por límites políticos entre de México, Guatemala y Belice y en tanto América del sur es dividido por límites políticos entre Panamá y Colombia; asimismo desde el punto de vista económico y cultural se divide en dos: América anglosajona está conformado por Estados Unidos, Canadá y Groenlandia y América Latina integrada por el resto de países.¹³

Especificando más la región de América Central, está determinada por los siguientes países y sus respectivas extensiones territoriales: Guatemala cuenta con 108 890 km², Belice con 22 965 km², El Salvador con 21 040 km², Honduras con 112 088 km², Nicaragua 130 682 km², Costa Rica con 51 100 km² y Panamá con 75 517 km². América del norte está integrado por México con una extensión territorial de 1 964 380 km². Finalmente, la región de América del sur se encuentra integrado por Argentina con 2 780 400 km², Bolivia con 1 098 580 km², Brasil con 8 514 880 km², Uruguay con 176 220 km², Paraguay con 406 750 km², Chile con 756 100 km², Colombia con 1 141 750 km², Venezuela con 912 050 km², Perú con 1 285 220 km² y otros países como República Dominicana con una extensión territorial de 48 670 km².^{14,15}

Con lo expuesto, se logra comprender la inmensidad del territorio de América Latina y cada uno de los países que la conforman, los distintos ecosistemas encontrados, y los límites geográficos que se han establecido al pasar de los años.

1.1.2. Actividad económica en América Latina

En América Latina se cuenta con gran diversidad económica, pudiendo tomar el ámbito laboral desde el área rural hasta el área urbana, así mismo cabe mencionar que más de 123 millones de personas viven en el área rural de las cuales sólo 50 millones trabajan y estos en gran parte, pertenecen al sector del tipo informal.¹⁶

Por lo que, entrando en este contexto, la mayor cantidad de trabajos informales se encuentran en gran magnitud en el área rural, y estos se ven reflejados principalmente por las actividades de agricultura, ganadería y comercio no legal. Es por esto que alrededor de 130 millones de habitantes en América Latina tienen empleos informales, provocando que el desarrollo económico de los países de la región sea mermada en todos sus ámbitos, entre los que destacan salud, política, educación. ¹⁷

Todo lo anterior provoca que la economía informal sea difícil de erradicar en los países en vías de desarrollo, ya que la mayoría involucra compañías no registradas legalmente, las cuales no presentan exuberantes ingresos monetarios, poseen trabajadores con salario mínimo o inferior a este, y emplean a personas con pocos conocimientos académicos que adquieren trabajos temporales. Por lo tanto, se forma un fenómeno que provoca impuestos elevados, alto desempleo y bajo incumplimiento de la ley; así pues, la incidencia de trabajo informal de la región se ve de la siguiente manera: Costa Rica con 30.7% estableciéndose como el más bajo, México con 53.8% representando la media y Guatemala con 73.6% siendo el más alto; importante indicar que la mayoría de estos países con altos porcentajes de empleo informal, operan principalmente con efectivo.¹⁷

No obstante, en América Latina se encuentran altos porcentajes de actividades agropecuarias, mineras y petroleras, también se desenvuelve como gran potencia en procesos de refinación. Venezuela es la empresa estatal de petróleo que controla la novena red de refinación de Estados Unidos y es la quinta empresa más grande por su reserva de gas y petróleo, por otro lado, Chile ha tenido gran éxito en su economía al ser el principal productor mundial de cobre, en cambio Brasil y México han crecido con productos manufactureros; de esta manera, con la privatización de empresas de estos países, en la explotación de sus recursos naturales, ha generado un aumento de trabajos formales muy bien remunerados para que la población pueda vivir más cómodamente. Sin embargo, los esfuerzos de los gobiernos de América Latina para poder generar más fuentes de trabajo formales se ha vuelto un conflicto para poder convertirse en países desarrollados, a pesar de los grandes porcentajes encontrados en trabajos agropecuarios que no generan impuestos. ¹⁸

1.2. Características sociodemográficas de América Latina

Es importante la caracterización de la población para contextualizar idóneamente la mente del lector, por lo cual, a continuación, se presenta los temas: densidad poblacional, distribución de sexo, edad y escolaridad de América Latina.

1.2.1. Población y densidad poblacional

En particular, en el año 2015 la Organización Panamericana de la Salud publicó el informe llamado: Glosario de indicadores básicos de la OPS, en el cual se estableció que la densidad poblacional es la cantidad de habitantes de un área geográfica o lugar delimitado, incluyendo ambos sexos o solo uno, pudiendo subdividir por grupo etario en un tiempo dado, que consecuentemente se puede dividir en categorías correspondientes a hombres y mujeres y en subcategorías de menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 44 años, 45 a 64 años, 65 a más años. De igual forma, el Sistema de Información Local de España considera que la densidad poblacional relativa es la cantidad media de habitantes de un área geográfica que viven sobre una unidad de superficie expresada en kilómetros cuadrados.^{19,20}

Por otra parte, en el año 2016, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe publicó un reporte llamado: La población de América Latina alcanza 625 millones de personas en 2016, donde establecieron que la población duplicó las cifras encontradas en 1975; observándose que en tan solo 45 años le ha tomado a la población alcanzar tal magnitud, así mismo refiere que en el año 2000 se estimó dicho número en 512 millones de personas; además esta organización calcula que para el año 2025 habrá 680 millones y para el año 2050 habrá 779 millones de personas. Por otra parte, expone que la tasa de crecimiento total de población para mediados del año 2014, representada por la variación de los nacimientos, defunciones y movimientos migratorios se encontraba a nivel regional en 11.4 por cada mil personas, de esta manera, las mayores tasas encontradas en ese año corresponden a los países de Guatemala con 20.8, Panamá con 16.4 y Bolivia con 16.1.²¹

Mientras tanto en el año 2016, La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, informa que la superficie total de América Latina es de 18.5 millones de kilómetros cuadrados, que corresponde al 13.8% de la superficie total del mundo. Tan solo Brasil representa el 46% de la superficie de América Latina. El crecimiento demográfico del periodo de 1993 al 2003 fue de 1.5% comparado del periodo del 2003 - 2013 fue de 1.3% siendo predominantemente de población urbana. La población urbana representa el 80% mientras la rural el 20% para la región de América Latina, la densidad poblacional regional se estima en 27 habitantes por kilómetro cuadrado mientras que mundialmente es de 53.²²

1.2.2. Distribución de sexo en América Latina

En 2018, La Organización Mundial de la Salud definió la palabra sexo al conjunto de características heredadas, biológicas, que diferencian al humano de ser hombre o mujer, pero no son excluyentes ya que hay individuos que poseen ambos. Así pues, para mediados del año 2014 en América Latina de los 612 millones de personas que habitaban, 310 millones eran mujeres

representando el 50.6% de la población y 302 millones de hombres, correspondiendo al 49.4%.
21, 23

Con lo anterior en el año 2015, El Observatorio Latinoamericano de Censos de Población, demuestra que los países con mayor porcentaje de población son Guatemala y Haití. Guatemala cuenta con una densidad poblacional de 18 065 725 habitantes, siendo el 48.9% de sexo masculino y el 51.1% de sexo femenino. Haití, el segundo país con más población cuenta con 11 411 527 habitantes de los cuales 49.6% son de sexo masculino y el 50.4% son mujeres.²⁴

Asimismo, en el estudio realizado sobre el nivel de satisfacción del usuario en la Micro Red Villa - Chorrillos se pudo determinar que de las 383 personas consultantes, el sexo con mayor frecuencia fue el femenino con 79% y el masculino con 21%. Concluyendo de nuevo que las mujeres asisten más que los hombres al sistema de salud.²⁵

Vale la pena mencionar que, en la ciudad de Puebla, México, Vásquez E et al., realizaron un estudio publicado en el 2018 titulado: Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica, con el objetivo de demostrar la calidad de atención percibida por el paciente que es atendido en el primer nivel de salud, tomando en cuenta a 395 consultantes. Se evidenció que la mayor cantidad de personas son de sexo femenino con 66.1% y por consiguiente el de sexo masculino son de 33.9%, demostrando que las mujeres consultan en mayor cantidad.²⁶

De igual manera en el año 2020 se realizó un estudio en dos centros de salud familiar en la comuna de Maipú, Chile, donde se evaluó la percepción de calidad de atención médica tras la introducción supervisada de alumnos de la facultad de medicina a la práctica diaria del centro asistencial. Fueron incluidos 224 usuarios hispanoparlantes, entre las edades de 30 a 70 años que acudían a consulta general en un lapso de dos semanas, a quienes se les proporcionó un cuestionario que contenía 33 preguntas que evaluaban la calidad de atención en centros de atención primaria en la red sanitaria chilena. Se logró evidenciar en las características sociodemográficas que del total de participantes que consultaron hubo mayor porcentaje de mujeres entre el 60 al 70% de las consultas diarias y el restante porcentaje correspondió al sexo masculino.²⁷

1.2.3. Edad de la población en América Latina

Durante los últimos años, América Latina ha sufrido varios cambios demográficos en donde la población ha pasado de tener la mayor cantidad de habitantes de edades tempranas a adolescentes, jóvenes y adultos jóvenes. Durante el año 2010, en América Latina se contabilizaron 110 millones de habitantes entre las edades de 10 a 19 años, el cual es un rango de edad donde la mayoría de los adolescentes son dependientes de los padres. De esta forma,

dicha cantidad de adolescentes representaban el 18.7% de la población total, entre los cuales, los países que aportaban más de estos adolescentes fueron Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Haití, Bolivia y Paraguay, con más del 20% de su población; de la misma manera se reportaban 163 millones de adolescentes y jóvenes entre las edades de 10 a 24 años siendo el 27.5% de la población total de la región, por lo cual se ha dicho que la población de estos países ha entrado a una etapa llamada bono demográfico, explicando que esto representa que la población en edad para trabajar es mayor a la población dependiente.²⁸

Con respecto a América Latina, no puede considerarse que tiene una población envejecida, ya que en el año 2017 la Organización de las Naciones Unidas indicó que la población adulta mayor representa el 11%, comparado con otras regiones del mundo como Europa con el 24%, Norteamérica 21%, Asia 17% y Oceanía con el 16%. Así pues, las proyecciones para el año 2030 indican que, en América Latina, la población de más de 60 años representará el 17% y que para el año 2050, una de cada cuatro personas será mayor de 60 años.²⁹

En el año 2015, Ibarra LE, Casas EV, publicaron un estudio titulado: Aplicación del modelo SE que se llevó a cabo en los centros de atención de Hermosillo, Sonora, del cual se pueden obtener las edades de las personas consultantes. El rango de edad con mayor frecuencia fue de 24 - 34 años representando el 43.6%, seguido del de 35 - 45 años con 27.3% y el rango de edad con menor frecuencia es de los de menos de 23 años con 13.2%. Se puede indicar que las personas jóvenes - adultas son las que más consultan a los servicios básicos de salud.³⁰

Por otro lado, se llevó a cabo en El Salvador un estudio en el año 2016, donde se evaluó la calidad de la atención en centros primarios de salud. La cantidad de participantes elegida fue de 1 500 personas, a los cuales se les realizó una encuesta estandarizada, previamente utilizada para evaluar calidad de atención en países de Europa, Canadá, Australia y Estados Unidos. Expertos en lingüística realizaron la traducción del documento y se realizó una prueba piloto a 40 participantes para valorar la calidad del idioma. Posterior a ello, durante cuatro meses, entre noviembre de 2013 y febrero de 2014, se procedió a realizar el trabajo de campo vía telefónica. Dentro de los resultados en variables sociodemográficas resalta que la edad promedio de la mayor parte de pacientes fue de 20-39 años con el 48%, seguido de usuarios con edad entre 40-59 años con el 27%, después siguió el rango de edad de mayores de 60 años con el 13% y finalmente el rango de edad que menos participantes tuvo fue en menores de 20 años con solo el 11.6%. Por tanto, en los tres estudios expuestos se evidencia que la mayor parte de la población que asiste a centros asistenciales de la red primaria, poseen edades menores a 40 años de edad.³¹

Es importante destacar que, en la ciudad del Milagro en Ecuador, Fariño J et al., realizaron un estudio publicado en el 2018 titulado: Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria en salud, realizado en 384 personas de lo que se pudo concluir que el sexo consultante que predomina es el femenino con el 69%, con nivel académico de secundaria promedio con 46% y el rango etario que más consulta es de 20 - 29 años de edad. ³²

1.2.4. Escolaridad en América Latina

Con respecto al año 2012, La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, indica que el derecho a la educación primaria fue el primero en ser establecido por los tratados internacionales, y forma parte de la declaración de los derechos humanos. Aunque algunos gobiernos ya habían establecido entre sus leyes que la educación fuese universal y gratuita, esto no se encuentra con claridad en la actualidad. Consecuentemente, América Latina en siglo XXI sigue sufriendo del limitado desarrollo que se ha realizado en el sistema educativo en esta región, no siendo equitativo. De los estratos sociales, los más perjudicados son los de bajos recursos, haciéndose semejanza en esta problemática como si fuera una enfermedad crónica social. ^{33,34}

En este contexto, el nivel educativo de América Latina comparado con otros continentes, es bajo, por ello, hay dos grandes retos, los cuales deben enfrentar en esta región, siendo el primero la de universalizar la educación preescolar, básica y media, aumentando la cobertura en cada región, siendo equitativa con los estratos sociales bajos; el segundo es integrar a todas las personas educadas a sus ocupaciones acorde a su nivel académico aumentado así el nivel económico de cada habitante; así pues, este proceso lleva años de desarrollo y práctica debido a que es un proceso lento. ³⁴

De igual importancia, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, y la Organización de los Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura para el año 2015, indican que el analfabetismo se erradicaría cuando el nivel de este, se encuentre por debajo de 5%; por lo tanto, en América Latina, está por lograr este objetivo, sin embargo aún presenta 6% de analfabetismo; además, respecto a la tasa de niños que se encuentran fuera del sistema educativo, Guatemala, Paraguay y Bolivia, con las tasas más altas, encontrándose con 12%, 10.8% y 10.1% respectivamente. Asimismo, Guatemala también se identifica como el país con más rezago educativo en un 31% entre el rango de edades de 9 a 17 años. ³⁴

De la misma manera, en la ciudad de Chongoyape, Perú, Valverde R, Gálvez N, realizaron un estudio publicado en el año 2015 titulado: Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud, con el objetivo de saber el porcentaje de población satisfecha con el servicio brindado; de un total de 228 personas encuestadas se pueden tomar los datos respecto al nivel académico, el 6.1% corresponden a personas analfabetas, 21.1% a personas con nivel académico en primaria, 42.5% a personas con nivel académico en secundaria, 26.3% a personas con carrera de técnico y solo el 3.9% con nivel académico universitario.³⁵

En particular, en el año 2016, Macinko J, Guanais F, Mullacheryy P, Jiménez G, en el artículo titulado: Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries, evaluó las percepciones del desempeño del sistema de salud de seis países que fueron Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica, México y Panamá, con un total de 9 012 pacientes, y utilizó el instrumento Encuesta de políticas de salud internacional del Fondo de la Commonwealth de 2013; de ello, los resultados indicaron que una quinta parte de la población de cada uno de los países en el estudio, pertenecían a la edad de 18 a 25 años, mientras una sexta parte tenía más de 70 años; el 51.95% eran mujeres; de todos los pacientes, solo el 19.79% tenían estudios universitarios, mientras un 39.91% solo contaba con primaria; en general, el 37% de encuestados tenían al menos una condición crónica, la prevalencia más alta se encontró en Jamaica con el 52%.³⁶

De lo anterior, el 42% de los pacientes eran cubiertos por el sistema de salud pública, siendo Brasil y Jamaica, quienes eran los que tenían mayor cobertura; un tercio de los encuestados, indicaban que sus sistemas de salud necesitan una reforma; de ello, el 38.97% manifestó estar recibiendo buen servicio médico; además, las calificaciones más bajas se obtuvieron en Jamaica y Colombia con el 53.06% y 46.24% respectivamente.³⁶

1.2.5 Ocupación

La percepción de satisfacción del paciente debe ser valorada en función del grado en que la atención médica brindada satisfaga las expectativas del individuo que las solicite, y tiende a ser evaluada mediante encuestas, entrevistas y sugerencias directas. Sin embargo, la percepción puede verse influenciada por la interacción de factores externos como las características sociodemográficas del individuo, en estudios realizados en América Latina, donde se expone las ocupaciones que realizan los pacientes que acuden a los centros de atención primaria en salud.

³⁷

En el año 2015, en la ciudad de San Salvador, El Salvador, se llevó a cabo un estudio en el hospital privado Paravida que tenía por objetivo evaluar la calidad de atención en salud del

centro asistencial mediante la utilización del modelo creado por Avedis Donabedian. Para elegir a los pacientes se realizó un muestreo aleatorio simple de los asistentes al área de emergencia durante tres meses, todos los días de la semana, en horario de siete de la mañana a cinco de la tarde, dando como resultado 90 personas seleccionadas de un total de 200. A estos pacientes se les proporcionó un cuestionario que constaba de 25 preguntas cerradas. Dentro de los resultados resalta que el 28% de los usuarios refieren realizar labores dentro del hogar, el 39% refirió trabajar para alguna empresa privada o del estado mientras que el restante 33% de los pacientes mencionó laborar en negocios propios.³⁷

En el año 2016, Rivas BW, publicó un estudio titulado: Medición de la calidad de atención que brinda el personal a los usuarios, que se llevó a cabo en el centro de salud El Calvario en el departamento de Huehuetenango, del cual participaron 109 personas recopilando información de los mismos. Según los datos obtenidos el 82% trabajaba de oficios domésticos, el 11% eran agricultores, el 5% eran albañiles y el 3% eran tejedoras. Se puede concluir que en el área rural, las personas que más consultan realizan trabajos dentro de su casa.³⁸

1.2.6 Estado civil

Los datos estadísticos sobre características sociodemográficas en la región Latinoamericana, en reiteradas ocasiones, se encuentran desactualizados o no existen en el peor de los casos, por ello es importante conocer los resultados de este rubro en investigaciones realizadas recientemente. Además, la evaluación e interpretación de dichos datos, permite a los diversos estados implementar servicios en el sistema de salud que sean pertinentes a la población de cada lugar.³⁹

Por tanto, en el estudio realizado en la consulta externa del puesto de salud de Huacrapuquio del distrito de Chilca en Perú donde se examinó la percepción de la calidad de atención, uno de los rubros evaluados fue las características sociodemográficas de la población de asistentes a la institución. En total se tuvo la participación de 50 personas, a quienes se les proporcionó un cuestionario utilizado por hospitales de la Red Asistencial Junín, Perú, compuesto por 25 preguntas de las cuales 7 recaban información de los datos generales y el resto miden la calidad de atención. Dentro de los resultados resalta que del total de participantes, respecto al estado civil el 70% eran casados, 16% eran viudos, 10% estaban divorciados y el 2% estaban solteros. Concluyendo así que las personas casadas consultan frecuentemente.³⁹

1.3 Indicadores de salud

En el campo de la medicina se debe de dar a conocer los resultados y estadísticas de programas que se realizan en el sistema sanitario, por eso es necesario comprender la importancia de los indicadores de salud, los cuales son todos los datos que mediante técnicas estadísticas se recopilan, analizan y se sintetizan para que posteriormente sean mostrados al público, con el objetivo de determinar el estado de salud de la población y poder mejorar su calidad de vida.

En el 2017, la Organización Panamericana de la Salud realizó una publicación titulada: Salud en las Américas, donde indica que las tasas de fecundidad en América son menores a 2.1 hijos por cada mujer, sugiriendo un proceso de leve envejecimiento. Sin embargo, la tasa de embarazos en la población adolescente en el área latinoamericana es la segunda más alta en el planeta con 66.5 nacidos vivos por 1 000 habitantes. Ahora bien, en el caso de la esperanza de vida la región de América Latina y el Caribe tiene valores que rondan los 74.5 años, mientras que en América del Norte el promedio es de 79.2 años.⁴⁰

Mientras tanto, en Guatemala en los últimos años, la mortalidad materna ronda las 110 muertes por cada 100 000 nacidos vivos y el 68.4% de las defunciones corresponde a féminas de origen indígena y 42% eran analfabetas. Las principales causas médicas que desencadenaron la muerte en la población de estudio fueron la hemorragia, hipertensión, infecciones y el aborto en el transcurso de la gestación. Cabe recalcar que Guatemala ocupa el primer lugar a nivel centroamericano, en términos de mortalidad materna, en tanto que Costa Rica cuenta con el menor número con 29 muertes por cada 100 000 nacidos vivos.⁴⁰

En cuanto a la natalidad, la Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales en el año 2018, en el artículo titulado: América Latina en cifras, indica que la tasa en Guatemala ha disminuido en los últimos 20 años, puesto que de 36.1 en el año 2000 disminuyó a 26.8 para el 2015, mientras que la predicción para el año 2020 es de 23.5. Ahora bien, al comparar las cifras con el resto de los países de Centroamérica, se evidencia que Guatemala es quien tiene la tasa de natalidad más alta, mientras que el país con la cifra más baja es Costa Rica con 13.8, datos estimados para el año 2020. Aunado a ello al expandir la comparación al resto de la región latinoamericana, Guatemala ocupa también el primer lugar en los últimos años, sobrepasando el promedio de 16.5.¹¹

De igual manera, la fundación recalca que la esperanza de vida para los habitantes del país de Guatemala ha aumentado en las últimas dos décadas, puesto que de 65.8 años esperados en el 2000, mejoró a 69.2 años para 2015 y la estimación para el año 2020 es que

aumente hasta 71 años. Sin embargo, al comparar los datos con los recolectados en el resto de la región centroamericana se evidencia que el país se encuentra en el penúltimo lugar de la lista, mientras Costa Rica posee el valor de esperanza de vida más alto en los últimos 20 años.¹¹

Ahora bien, para el año 2015, la mortalidad en menores de 5 años en Guatemala fue de 35 fallecidos al año por cada 1 000 nacidos vivos y el 40.5% de los decesos ocurrieron en el período neonatal y mientras que el 80% se desarrollaron en el primer año de vida. Al comparar los resultados con el resto de Centroamérica, Guatemala ocupa el segundo lugar en mortalidad en menores de 5 años, detrás de Nicaragua y el país de la región con menor casos fue Costa Rica, con apenas 8 casos por cada 1 000 nacidos vivos.⁴⁰

La Organización Mundial de la Salud indica que el 75% de las muertes en la región de América latina son a causa de enfermedades crónicas, siendo 20 veces mayor este número que el obtenido en 1990.²⁹

La Organización Panamericana de la Salud indica que las enfermedades crónicas son las que predominan en América Latina, de las cuales podemos encontrar de tipo cardiovascular, metabólico, respiratorio y oncológico, discapacidades tanto mentales como físicas, violencia interpersonal entre otras. Son el principal interés del sistema de salud ya que representan un gran gasto a los sistemas públicos por su prevalencia, recaídas, tratamiento costoso, medicamentos especiales, convirtiéndose en urgentes desafíos para lograr la cobertura total sin la necesidad de diseñar o formular nuevas estrategias en salud.⁴⁰

La principal causa de padecimientos crónicos se atribuye a patologías cardiovasculares, siendo los infartos agudos al miocardio y eventos cerebrovasculares los responsables de este aumento de casos. El 25% de los habitantes de América Latina mayores de 60 años sufre de alguna cardiopatía, se encuentra mayormente en hombres que en mujeres.²⁷

Respecto a la diabetes, representa el 7% de la totalidad de las enfermedades crónicas y se puede mencionar que, de las personas mayores de 60 años, el 15% padece de esta enfermedad, predominantemente en el sexo masculino. La diabetes junto con las cardiopatías ha contribuido al desarrollo de enfermedad renal crónica, se puede indicar que, de la población mayor de 60 años, un 20% sufre de algún problema renal.²⁹

Con todo lo expuesto, se logra tener un mejor panorama de lo que representa América Latina para el mundo, aquella región con grandes recursos, con enorme potencial económico, pero que, a pesar de ello, no ha logrado el total desarrollo, al pasar los años; como se observó a lo largo del capítulo, esta región tiene diversos datos positivos y negativos en donde cabe destacar el retraso tecnológico, desempleo, la sobrepoblación, la baja cobertura sanitaria, y el

resto dificultades a las que se enfrentan todo el tiempo; sin embargo, han invertido esfuerzos en mejorar la atención médica del primer nivel de atención, siendo esta primordial para la generación de una comunidad sana; de esta forma los pacientes pueden percibir el servicio médico que han recibido, como se explicará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2. DIMENSIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PERCIBIDAS POR EL PACIENTE EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

SUMARIO

- Primer nivel de atención médica del sistema de salud
- Dimensiones de percepción técnica
- Dimensiones de percepción interpersonal
- Dimensiones de percepción entorno
- Dimensiones de percepción de temporalidad

El presente capítulo expone al primer nivel de atención médica del sistema de salud de América Latina, agregando las metas, y su conformación, detallando los establecimientos que están incluidos en este nivel. Las principales dimensiones de la percepción de atención médica que captan los pacientes del primer nivel de atención en salud, con información obtenida de investigaciones realizadas en el continente de América Latina. Identificando las metas que se buscan realizar en el primer nivel de atención, se logran reconocer hacia donde se dirigen las dimensiones de percepción que son necesarias en el primer nivel de atención.

2.1. Primer nivel de atención médica del sistema de salud

Los sistemas de salud son la estructura de la asistencia sanitaria, los cuales están organizados de tal manera que su principal objetivo es la cobertura universal de la población, con prevención y la atención médica. Estos se encuentran desarrollados por niveles según la complejidad de los pacientes a los cuales busca atender, con algunas diferencias de país a país, pero con el mismo enfoque a la prestación de servicios de salud.^{3,9}

2.1.2. Metas del primer nivel de atención médica

Como se comentó previamente, los sistemas de salud buscan cumplir metas claramente definidas, tomando en cuenta que el nivel jerárquico más bajo es el primero; por lo que el Ministerio de Salud de Colombia, propone que el primer nivel de atención debe funcionar con el desarrollo de enfoques que provoquen que el sistema en salud sea eficaz, óptimo en costo y sostenible, mencionando de esta manera los siguientes enfoques:

- Promover la salud y calidad de vida de los pacientes, desde todos los ámbitos, no solo desde el aspecto curativo.
- El estado debe dar atención continua, pertinente y oportuna para el tratamiento de la enfermedad, al dar a conocer acciones de autocuidado y responsabilidad que se debe

practicar con el objeto de detener el avance de patologías que disminuyan la calidad de vida.

- Formación de equipos de salud de múltiples áreas que se integren a la diversidad de cultura de la comunidad.
- Respetar la cultura en salud que presenta la comunidad como las prácticas tradicionales y alternativas que la población haga para su autocuidado.
- Promover la formulación de estrategias y planificación de la prevención de enfermedades.
- Fortalece la prestación de servicios de salud en aquellas poblaciones alejadas o dispersas.

Dichos enfoques tratan de dar atención en salud integral y personalizada a cada persona de la comunidad. Se busca brindar o generar bienestar a la población para que puedan volver a ser parte de la sociedad y se desarrollen con normalidad lo antes posible. ⁴¹

Asimismo, el Ministerio de Salud de Chile, respecto al primer nivel de atención tiene el objetivo de atender de forma integral al usuario, y también busca distribuir de forma equitativa los recursos en salud en las distintas comunidades del país; de igual manera asegura que todo paciente tenga la posibilidad de acceder a servicios médicos científicamente comprobados con ayuda de equipo médico diagnóstico de última generación. También pretende una inclusión social de todas las personas del lugar para que puedan participar en programas de salud que favorezcan a la prevención de enfermedades; otras características que son parte del sistema de salud de este país son:

- El primer nivel de atención está compuesto por centros de salud familiares, consultorios generales urbanos y hospitales de baja complejidad.
- El equipo de salud está compuesto por médicos, enfermeros, parteras, trabajador social y asistente administrativo.
- Por lo general la cobertura de cada equipo de salud es alrededor de 5 000 personas.
- Aproximadamente 30% de los médicos en el primer nivel de atención son extranjeros y existen alrededor de 2 médicos por cada 1 000 habitantes. ⁴²

A la vez, El Ministerio de Salud de Ecuador, indica que el sistema de salud del primer nivel tiene la obligación de promover, prevenir enfermedades y atender de forma integral a todos los miembros de las distintas comunidades del país; además, debe fomentar la complementariedad

del servicio con la medicina ancestral y alternativa. A continuación, se exponen algunas de las características del sistema de salud primario de Ecuador:

- El primer nivel de atención está compuesto por puestos de salud, centros de salud, subcentros de salud y dispensarios médicos.
- El personal de primer nivel está compuesto por médicos, enfermeros y técnicos en Atención Primaria de Salud.
- La cobertura de estas instituciones es aproximadamente de 4 000 personas en áreas urbanas y de 1 500 – 2 500 en áreas rurales.
- Por cada 1 000 habitantes existen 1.7 médicos y también por la misma cantidad de personas hay 0.8 enfermeros profesionales.⁴²

Por otra parte, Costa Rica, es un país que cuenta con un sistema de salud fortalecido, ya que posee Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS), quienes fungen el papel prioritario en la prestación de servicios en la atención primaria, logran controlar las necesidades sanitarias de al menos 1 000 hogares a su redonda. Cuentan con equipo sanitario especializado que involucra al médico, enfermera y asistente en salud, además cuentan con otro personal sobreañadido, entre los que destacan trabajadores sociales, dentista, laboratoristas, farmacéuticos y nutricionistas que apoyan en la consulta diaria.⁶

El EBAIS ofrece amplia gama de servicios en atención primaria, como el servicio de maternidad, unidad de cuidados intermedios con el objetivo de descongestionar el ingreso de pacientes al nivel hospitalario de alta especialidad, de igual manera cuenta con áreas de cirugía menor, especialistas en rehabilitación, y herramientas que pueden llegar a facilitar diagnósticos como radiografía. Además en los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud usualmente hay evaluación del desempeño de la atención primaria, donde se califica alrededor de 30 indicadores de calidad de atención, destacando accesibilidad, continuidad, eficacia, eficiencia, satisfacción de los usuarios y nivel organizativo; así pues, el fin de las distintas evaluaciones continuas es comparar el desempeño del primer nivel de atención, con el sistema de salud de mayor complejidad como los hospitales nacionales y regionales.⁶

Con lo anterior, informes a nivel nacional en Costa Rica, refieren que el 80% de las necesidades básicas sanitarias son resueltas en la atención primaria de salud sin verse en la necesidad de referir pacientes al segundo nivel. Cuando un paciente es referido por la complicación presentada, se atiende su necesidad y se contrarrefiere para darle seguimiento al mismo.⁶

Es primordial explicar el fenómeno de la atención médica, como lo comentado por Giraldo Osorio A y Vélez Álvarez C en el año 2013 en el artículo titulado: La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina, indican que se deben superar barreras como la falta de sostenibilidad financiera, la sectorización, y la reducción de la desigualdad en salud, reflejando la cobertura universal, visión fragmentada de la salud, reformas, recursos humanos insuficientes, y la falta de capacidad resolutive, todo ello, provocando una atención de salud que puede ser mermada.^{43,44}

Se comprende con lo anterior, que cada sistema de salud en América Latina, tiene sus conflictos; de esta manera se busca una respuesta para mejorar los servicios de salud que se ofrecen a la población; siendo necesario buscar aquellos lugares donde se ha observado mejoras, así como aquellos en los que se han notados niveles bajos.^{43,45}

En la entrevista realizada al Doctor Paul Chinchilla, catedrático de Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala (ver Anexo 4), refirió que América Latina tiene grandes sectores de la población sin acceso a los servicios de salud, debido a múltiples razones, siendo las más importantes, los pocos recursos destinados para ello, la organización y gestión deficiente, los altos costos de atención y déficit de cobertura en diversos programas. Aunado a esto, se vive una transición epidemiológica que complica aún más la situación, porque no se han logrado controlar los problemas primarios de salud y ya están encima las enfermedades crónicas no transmisibles.

En América Latina, se deben cubrir y manejar desafíos difíciles, los cuales se deben erradicar para brindar atención médica idónea; entre estos, la equidad y la universalidad de los servicios de salud, son los principales temas que los gobiernos de la región han priorizado, con el objetivo de desarrollar sistemas sanitarios que tengan la capacidad de atender a todo individuo sin importar clase social, género o religión;^{46,47} por lo tanto, para lograr obtener mejoras en los objetivos de universalidad con equidad, todos los sistemas de salud de la región deben tener consideración en tópicos como:

- Estructura y gestión, donde el sector público tiene el 50% de cobertura general en la mayoría de países de América Latina.
- Ejecución de funciones de salud pública.
- Recurso humano, donde se recomienda que haya un mínimo de 25 trabajadores de salud por cada 10 000 habitantes.

- Medicamento, donde los gobiernos deben invertir en compra de adecuados y seguros, ya que constituye del 20% al 60% del gasto en los ministerios de salud en países en vías de desarrollo; contrario a esto, el 90% de la población de la región de América Latina compra medicamentos por su cuenta.
- Salud universal, logrando protección colectiva, con el acceso oportuno, calidad y gratuito al servicio de atención sanitaria.
- Cambio climático.
- Enfermedades transmisibles y no transmisibles. ^{40,46,47}

Mientras que en Guatemala, los niveles de atención en salud, son programas desarrollados a partir de estrategias analíticas que constan de recursos materiales, personas especializadas y planes de trabajo que se brindan para responder a demandas y necesidades generadas en poblaciones específicas, indicando que en los dos primeros niveles de atención se desarrollan programas estratégicos coordinados por grupos de personal intramuros y extramuros, el primer grupo gestiona todas aquellas acciones dentro del espacio físico para la atención y el segundo grupo realiza las actividades fuera del centro o puesto de salud, por ejemplo: jornadas de vacunación canina. Los niveles de atención cuentan con tres estratos, que al mismo tiempo están organizados por diferentes establecimientos, como se detallan en la tabla 3 (ver Anexo 3).⁴⁸

2.1.3. Conformación del primer nivel de atención médica

Como ya se explicó, en resumen el primer nivel de atención en salud tiene como objetivo la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación del paciente según los recursos físicos y materiales que se encuentren en este puesto o centro; de esta forma, tiene equipo básico de tecnología, el cual puede satisfacer las necesidades del individuo y familia que pertenezcan a la comunidad a la que se le está brindando los servicios. ⁴⁹

Así pues, las instituciones que conforman el primer nivel de atención en salud son: el centro comunitario de salud, puesto de salud y centro de salud, como lo muestra la tabla 3 (ver anexo 3). Este nivel cuenta con estrategias de atención básicas, en las cuales se puede atender problemas comunes de la comunidad; si en dado caso, la enfermedad supera la capacidad de diagnóstico y tratamiento, se debe referir al siguiente nivel donde se contará con el equipo necesario y material suficiente para mejorar el estado de salud de la persona enferma. ⁴⁹

2.1.3.1. Centro Comunitario de Salud (CCS):

En el sistema de salud hay diferentes tipos de establecimientos, este es el de menor complejidad por lo que la función y objetivos van dirigidos a la promoción, prevención, recuperación y vigilancia de la salud; sus servicios tienen una cobertura aproximada de 2 500 habitantes; asimismo, todas las actividades serán efectuadas por el personal dentro del establecimiento, y consta de dos auxiliares de enfermería y un médico para la realización de programas extramuros e intramuros. ⁴⁸

2.1.3.2. Puesto de Salud (PS):

Este establecimiento es de complejidad intermedia, entre sus programas a cubrir están la prevención, promoción, recuperación, curación y vigilancia epidemiológica de la salud; por lo que cabe mencionar que su cobertura aplica en aldeas, caseríos, cantones y barrios de la comunidad por lo que la población en estos lugares será de aproximadamente de 5 000 habitantes. ⁴⁸

2.1.3.2. Centro de Salud (CS):

Establecimiento de salud que realiza acciones de mayor complejidad dentro y fuera de las instalaciones. Además, cuenta con los siguientes programas: promoción, prevención, cuidados paliativos y rehabilitación. En efecto, este cuenta con los recursos para brindar atención de emergencias y urgencias, estabilización de pacientes y sistema de referencia y traslado al nivel superior, en caso que se necesite ayuda especializada. ⁴⁸

2.2. Dimensiones de percepción técnica

En el caso de las dimensiones de la percepción, se han realizado esfuerzos en buscar respuestas sobre la manera de mejorar el servicio de salud, como lo realizado en el año 2015, Chávez A, Molina J, donde exponen tres pilares de la atención médica de calidad, en la tesis titulada: Evaluación de la calidad de atención en salud mediante el modelo de Avedis Donabedian, en el área de emergencia del Hospital Paravida de julio a diciembre 2014; así pues, se enfatiza que la percepción de la atención médica está compuesta por múltiples factores que interactúan entre sí con el objetivo de alcanzar la máxima calidad en el servicio sanitario. ^{37,50}

Comenzando con la dimensión técnica, esta también se denomina científico-técnica o competencia profesional, la cual engloba todo el conocimiento del personal de salud, y también implica los cursos o talleres de actualización que el médico ha recibido para brindar servicios de mejor calidad. De igual manera, evalúa como este los ejecuta acatando el reglamento de la institución donde se desenvuelva; también hace referencia a la capacidad de

utilizar saberes y técnicas procedimentales de avanzado nivel para abordar las distintas problemáticas que hay en las instituciones prestadoras de servicios sanitarios; por ello, es la dimensión más frecuentemente evaluada y la que mejores resultados obtiene en la percepción de los pacientes, formada por los siguientes componentes: ^{51, 52}

2.2.1. Confiabilidad:

Consiste en la capacidad de desarrollar el servicio ofrecido, sin errores, y con altos niveles de exactitud, con lo que se supe las necesidades del paciente. También es definida como la habilidad del personal de salud para proveer servicios médicos de alta calidad al paciente. En el proceso se busca el bienestar máximo y reducir de manera considerable los riesgos en salud. ^{53,54}

Es la capacidad de la atención médica para ser efectiva e inocua, puesto que no genera daños físicos al usuario. Usualmente la confiabilidad se evidencia durante la atención al paciente en el momento que los profesionales están dispuestos a contestar todas las interrogantes y cuando los medicamentos y dosis que se ha suministrado ha sido efectiva. Es común utilizar el concepto de confiabilidad al verificar que los productos, equipo tecnológico y de infraestructura sean duraderos, como sería el caso de ambientes utilizados para prestar atención médica en óptimas condiciones. Esta dimensión es considerada por los pacientes como fundamental, y se traduce en adecuada o deficiente percepción de calidad en la atención médica de la institución de salud: ^{55,56} Los factores que conforman la dimensión de confiabilidad son los siguientes:

2.2.1.1. Eficiencia

Componente que garantiza aprovechar de forma oportuna los materiales, herramientas y tiempo, fomentando el beneficio en la salud del usuario. Por ejemplo, si es necesario realizar reparaciones en los baños de la institución en salud, se espera que no haya daños innecesarios, mal uso de los recursos monetarios y que se realice en el menor tiempo posible, con el objetivo de brindar mejor servicio a los pacientes. Esta dimensión tiene la capacidad de maximizar los beneficios en la población al utilizar tecnologías y personal en salud capacitado al mínimo coste, de esta manera afirma que a mayor grado de eficiencia mejor será la percepción de calidad en la atención en salud. ^{53, 54,57}

2.2.1.2. Eficacia

Cualidad de conseguir el servicio pautado o requerido sin escatimar en los métodos o recursos utilizados. Por ejemplo, cuando hay un herido por arma de fuego que llega a la emergencia de algún centro médico, el personal de salud hace todo lo posible por salvar la vida del paciente sin considerar el recurso humano, o medicamento que sea necesario

siempre y cuando se logre estabilizar la salud del usuario. De esta manera, se trata de la probabilidad que el personal de salud realice acciones que beneficien a la población bajo su cobertura, por medio de la utilización de nuevas tecnologías que se encuentren en óptimas condiciones y al alcance económico de los individuos.^{53, 54,57}

2.2.1.3. Efectividad

Esta es la cualidad de obtener el servicio correcto y que cumpla las expectativas del paciente o personal médico, al lograr la meta para el cual fue diseñado.^{53,54}

2.2.1.4. Certero:

Hace referencia a los usuarios que presentan múltiples recaídas en la enfermedad y tratamientos brindados, por lo que los lleva a consulta en varias ocasiones por inadecuado diagnóstico, y en la mayoría de los casos desencadena una disminución en la percepción de calidad. Por tanto, es de vital importancia fomentar medicina basada en evidencia, y el uso de nuevas tecnologías para brindar servicios de calidad que ofrezca diagnósticos certeros, con el objetivo que el usuario esté satisfecho con el servicio médico otorgado.^{52, 53, 54}

Esta dimensión también es denominada adecuación, medicina correcta o medidas necesarias para alcanzar la salud del paciente; así pues, la atención médica adecuada es toda aquella acción o actividad necesaria para brindar al usuario más beneficios que consecuencias negativas en el ámbito de la salud; por ejemplo, el médico que después de haber medido beneficios y riesgos decide ingresar a cirugía al paciente.²⁵

2.2.1.5. Valores

Se debe considerar como pilar importante para desarrollar la dimensión de confiabilidad el fomentar valores humanos en el personal de salud. La institución sanitaria además de ofrecer servicios médicos de calidad, debe velar por el trato humano y sensibilizado a los usuarios. El punto expuesto favorece la creación de círculos de confianza y así cuando en el futuro el usuario o algún allegado necesite atención médica, asistirá al mismo lugar.^{53,54}

2.2.2. Fiabilidad

Siendo la cualidad que hace énfasis en aportar el servicio de manera cuidadosa y dedicada.^{51, 52}

2.2.3. Credibilidad

Tratándose de la claridad y veracidad en la atención brindada, siendo la capacidad del personal de salud de actuar y comportarse, y permite transmitir la sensación de motivación y seguridad al usuario. Si el personal especializado genera confianza, el servicio tiene muchas probabilidades de ser efectivo, de realizarse en el lapso de tiempo estimado y sin riesgos mayores. El desarrollo de este factor favorece el cumplimiento de la dimensión de aseguramiento.

51, 52,53

2.2.4. Seguridad

Esta dimensión es la que abarca la reducción de riesgos o errores en la prestación del servicio, debe entenderse como la propiedad interna de algo donde no se registran peligros, daños y mínimos riesgos. En cualquier ámbito sanitario cuando se habla de seguridad se hace referencia a las condiciones en las que se desarrolla la actividad médica. También entendida como la capacidad del personal médico para inspirar confianza en los pacientes y habilidad para resolver problemáticas en salud utilizando conocimientos basados en evidencia. El objetivo primordial del desarrollo de la dimensión de seguridad es disminuir al máximo los riesgos en los tratamientos aplicados en el paciente. Por ejemplo, las prevenciones que toma el personal médico y de enfermería para evitar exponerse a transmisión patógena con las respectivas complicaciones en salud, también implica las acciones que se realizarán en caso de desastre natural y la certeza que el personal médico buscará ante todo el máximo beneficio para el usuario. Atributos de seguridad a priorizar:

- Riesgo de robos dentro de la institución sanitaria.
- Riesgo de accidentes laborales.
- Presencia de equipo necesario para protección personal guantes, guardianes para objetos punzocortantes entre otros.^{51,52,55,58,59}

2.2.5. Coordinación

Constando que las redes de servicios de salud del área local están bajo los mismos estereotipos de atención, la cual involucra proveedores, tipos de servicio, y preparación de atención de emergencias.⁶⁰

2.2.6. Desempeño

La dimensión de desempeño estudia las características operacionales, de infraestructura y habilidades para el servicio de la institución de salud. Por ejemplo, la habilidad del personal médico de brindar servicio de calidad y que llene las expectativas de los pacientes.

Específicamente la dimensión está íntimamente relacionada con la capacidad de verificar atributos medibles y atributos funcionales. Sin embargo, en ciertas ocasiones es aceptado verificar el rendimiento del personal de salud, a través de la percepción subjetiva del usuario, que tiene la misma fuerza que de la valoración objetiva. El desempeño en las unidades de salud está compuesto por diversos atributos entre los cuales cabe resaltar:

- Habilidades clínicas básicas del personal como médicos, enfermeros, técnicos entre otros.
- Habilidades de comunicación por parte del personal sanitario.
- Capacidad para docencia e investigación de la institución sanitaria.
- Relaciones interpersonales del equipo de salud.
- Capacidad de la institución para proveer de ambientes institucionales por ejemplo habitaciones, salas de espera, laboratorio, cocina, baños, sala de cirugías entre otros.
- Capacidad de poseer requerimientos básicos como servicio de extracción de basura, luz y agua potable contando con la infraestructura en adecuado estado, por ejemplo: lavamanos, cableado, paredes repelladas, ventanales completos entre otros.
- Capacidad de la institución para proveer áreas destinadas al parqueo de automóviles, motos y ambulancias.^{55,61}

2.2.7. Exhaustividad

Indica que se ofrece una amplia gama de servicios de salud proporcionados, apropiados a las necesidades de la población objetivo, incluyendo servicios preventivos, curativos, paliativos y de rehabilitación.⁶⁰

2.2.8. Privacidad

Es importante recalcar que la atención médica debe poseer buena relación de médico y el paciente, por ello se respeta los derechos que posee el atendido, para toma de decisiones en el tratamiento médico, al igual que la difusión de los datos de las patologías que le aquejan; por ejemplo, al participar en un estudio se explica al participante que toda información que brinde se maneja con discreción, no se divulgará su nombre, el cual quedará en anonimato y no se formará juicios a partir de las respuestas que brinde en el proceso de recolección de la información, de esta manera consta del actuar con reserva y mesura al tener acceso a información recopilada o entregada del paciente sobre alguna enfermedad.^{51, 52,62}

2.2.9. Responsabilidad y eficiencia

Refiriéndose a que los servicios de salud están bien administrados para lograr los elementos centrales descritos, con un mínimo desperdicio de recursos. ⁶⁰

2.3. Dimensiones de percepción interpersonal

Continuando con las dimensiones, esta hace referencia a la importancia de la relación que el personal médico desarrolla con el usuario, y considera el conjunto de cualidades, actitudes, virtudes y valores que el médico, enfermeros o personal de salud demuestran durante la atención del paciente, haciendo énfasis también en la relación que el equipo sanitario tiene entre sí; de esta manera, se encuentra formada por los siguientes componentes: ^{51,52}

2.3.1. Aceptabilidad

Es definido como el grado en que el paciente asume el tratamiento o actividades prescritas por el personal con el objetivo de solucionar problemas en salud; de igual forma se identifica cuando las instituciones sanitarias actúan de manera respetuosa, con ética, valores y realizando acciones culturalmente apropiadas en la población de acuerdo a características como sexo y ciclo vital del lugar; por ejemplo, los profesionales en salud que aprenden el idioma de una comunidad en alguna región del país, con el objeto de conseguir la confianza del lugar y fomentar la consulta médica frecuente y preventiva. ⁶³

2.3.2. Aseguramiento

Es la capacidad del personal de salud para tratar a los pacientes con cortesía y con el uso de conocimientos actualizados, de igual manera incluye la habilidad para comunicarse e inspirar confianza. ⁶⁴, Los factores que conforman la dimensión de aseguramiento son los siguientes:

2.3.2.1. Cortesía

Ámbito que engloba elementos como la empatía, bondad, respeto y modales mostrados por el personal de salud, siendo este componente de la dimensión de aseguramiento que involucra la gentileza, el trato adecuado a los pacientes por parte del personal de salud y el utilizar los buenos modales para atender al paciente. Por ejemplo, saludo cordial de buenos días y gracias por visitarnos, estas frases tienden a mejorar la percepción y gusto del cliente por la institución a la que consulta. ⁵³

2.3.2.2. Servicialidad

Es la cualidad innata o adquirida del empleado en salud que fomenta el servicio y trato humano al paciente. Busca la comodidad y bienestar del usuario antes que el usuario

lo requiera. Por ejemplo, el uso de cuestionamientos como ¿requiere algo adicional? o ¿en qué le puedo ayudar? son claros modelos de este factor.⁵³

Este elemento, incluye la rapidez, el costo y el comportamiento del personal que proporciona los servicios sanitarios. La disponibilidad y el fácil acceso a servicios médicos especializados se traduce en razones importantes para la toma de decisiones en la elección de la institución idónea a la que se acudirá para recibir servicios en salud. En toda problemática en salud que no se llegue a diagnóstico o tratamiento adecuado, y en caso que la atención al paciente sea considerada deficiente, usualmente conduce al usuario a presentar quejas. Por tanto, la evaluación final del paciente sobre la calidad de atención del médico o institución prestadora de servicios de salud será deficiente.^{55, 58}

Las unidades sanitarias que por lo general son mejor calificadas por los pacientes son aquellas que se enfocan en dar solución a las quejas o sugerencias que hacen los usuarios. Atributos de serviciabilidad a priorizar:

- Facilidad de reparación de fallas en la unidad de salud.
- Facilidad de solucionar problemáticas en la atención al usuario.
- Tiempo requerido para solucionar problemáticas en la institución sanitaria.^{55,58}

2.3.2.3. Competencia

Es la capacidad del personal de salud para llevar a cabo alguna actividad de forma efectiva, e implica la utilización de conocimientos y actitudes en el momento de realizar el servicio. Por ejemplo, si el médico es capaz de resolver el padecimiento de salud del usuario por sí mismo y sin retraso, refleja que es altamente competente.⁵³

2.3.3. Calidad percibida

Dimensión que expone la percepción inicial del paciente que acude a cualquier servicio médico, sea público o privado, para adquirir servicios con el objetivo de mejorar la calidad de vida del usuario. Generalmente la percepción no es siempre producto tangible de la realidad, puesto que la subjetividad juega un rol importante en el acto de medir la calidad del servicio prestado. Esto depende de la forma en que cada persona recibe, integra e interpreta la información del contexto.^{55, 65, 66} Atributos de calidad percibida a priorizar:

- Precio del servicio médico adquirido.
- Ubicación del centro asistencial o clínica.
- Publicidad acerca de la institución médica.

- Prestigio de la institución.
- Facilidad para realizar pagos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Mínimo riesgo para los usuarios.
- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.^{55, 65, 66}

2.3.4. Conformidad

Es la capacidad del personal y de la institución en salud de cumplir con los estándares nacionales e internacionales utilizados en la atención médica de calidad, es decir, el grado en que la prestación de servicios se ajusta a objetivos preestablecidos. Desde el punto de vista de gerencia, se debe a toda costa intentar erradicar todo tipo de consecuencias en la salud de los usuarios y desde el punto de vista del paciente se intenta conseguir soluciones efectivas a los problemas sanitarios por los cuales se consulta.⁵⁵

Dentro de los factores a evaluar en la dimensión de conformidad se encuentra la percepción de calidad del cliente, evaluado cuando existe incremento de los costos de consulta médica, a medida que la atención se aleja de las especificaciones o estándares de calidad establecidos por el paciente. En consecuencia, se traduce en inconformidad de actuales y potenciales clientes, y por tanto es prioridad para la institución en salud velar por suplir las necesidades de los usuarios.⁵⁵

2.3.5. Empatía

Es la capacidad del personal de salud para atender de forma individualizada, direccionada y cuidadosa a los pacientes; asimismo la empatía es parte de la percepción para comprender las necesidades y pensamientos del usuario, mediante la utilización de técnicas que permitan la identificación de los mismos. De igual manera engloba la capacidad de prestar atención individualizada a la persona.^{53, 67} Los factores que influyen en la dimensión de empatía son los siguientes:

2.3.5.1. Personalización

Es aquella habilidad del equipo en salud para hacer sentir especial al paciente, al desarrollar trato individualizado, y en consecuencia origina percepción adecuada de la institución. Es importante recalcar que el factor de personalización causa grave preocupación en instituciones salubristas que tienen cobertura masiva, puesto que, ante la alta demanda y personal limitado no se desarrolla generalmente de forma adecuada.

Centrado en la persona, donde los servicios se organizan en torno al individuo, no a la enfermedad o a la financiación.^{53, 60, 67}

2.3.5.2. Conocimiento

Conocer el tipo de paciente que acude a la institución en salud es importante puesto que, cada caso es único y permite complementar al factor de personalización. De igual manera implica explorar a fondo las necesidades, gustos de cada paciente, y es pilar esencial para proporcionar buen servicio.^{53, 67}

2.3.6. Satisfacción

Es la característica de la dimensión en salud que se define como: la medida en que los niveles de atención en salud, tanto públicos como privados, cumplen con las necesidades del paciente; por lo tanto, toma en cuenta la empatía, conocimientos del personal de salud, seguridad, atención percibida, y los resultados en la salud del usuario. Entre los componentes que tiene la satisfacción se menciona:

2.3.6.1. Ámbito organizativo

Este aspecto consta del tiempo de espera para recibir atención médica, insumos de la institución, mobiliario, infraestructura adecuada, equipo en óptimas condiciones para atender problemas de salud e instalaciones con adecuada señalización.²⁵

2.3.6.2. Efectos de la atención

Este componente trata sobre el resultado que puede tener el servicio, en el estado de salud del paciente; por ejemplo, los medicamentos y dosis prescritas por el profesional de salud han sido efectivo.²⁵

2.3.6.3. Trato recibido

Componente que se basa de la relación interpersonal que se obtiene mediante la comunicación efectiva entre el paciente y el personal de salud, tratando de lograr empatía por parte del personal para otorgar información clara y veraz; puesto que, ha sido demostrado que el trato óptimo del personal sanitario produce mayor satisfacción en los pacientes.²⁵

2.4. Dimensiones de percepción de entorno

Por último, este grupo de dimensiones hace referencia a las áreas físicas donde las actividades concernientes a salud se desarrollan o el lugar donde se llevará a cabo la atención médica, esta también se denomina oferta, puesto que engloba la capacidad administrativa, y el

rol que tomará la institución prestadora de servicios sanitarios en la sociedad en que se desenvuelva, encontrándose constituida por los siguientes componentes:

2.4.1. Integridad

Es la capacidad institucional de reconocer los problemas que tiene la población bajo su jurisdicción y la capacidad de poder ser resueltos.³⁷

2.4.2. Accesibilidad

De igual importancia, es la dimensión de accesibilidad, siendo la capacidad de facilitar el acceso a la atención sanitaria de calidad a la población en general, y el grado en que se logre el desarrollo en la dimensión depende de la disminución de barreras organizacionales, económicas y culturales; por ello, es necesario que las instituciones en salud estén conscientes de las técnicas, herramientas y recursos necesarios para lograr los objetivos planteados en el ámbito de accesibilidad en salud; por esto, el indicador más utilizado para evaluar la accesibilidad es la cobertura, al medir el número de pacientes crónicos, vacunación, número de consultas diarias y tiempo promedio para cirugías menores, entre otros. En resumen, esta trata que los servicios sean accesibles directa y permanentemente sin barrera indebida de costos, idioma, cultura o geografía.^{60, 68, 69}

2.4.3. Cobertura

Indica que la prestación de servicios está diseñada para que todas las personas en una población objetivo estén cubiertas.

2.4.4. Continuidad

Continuidad, comprende la atención en salud permanente, desde el momento en que el paciente recibe el primer diagnóstico hasta la recuperación y su reinserción a la sociedad.^{51, 52}

Es aquella que vela por el servicio profesional en salud de forma ininterrumpida, secuencial, de forma lógica y de calidad sin importar si los proveedores de servicios son entes privados o públicos; por ejemplo, no existirá diferencias en el esquema de vacunación de un niño de dos años si la familia se muda de un municipio rural del país a la capital de la república.^{25, 70}

Continuidad, donde la prestación de servicios está organizada para proporcionar a una persona seguimiento de la atención en toda la red de servicios, condiciones de salud, niveles del cuidado y durante el ciclo de vida.⁶⁰

2.4.4 Durabilidad

Dimensión de la percepción de calidad que hace énfasis en el tiempo de vida útil de las edificaciones, herramientas, medicamentos y otros productos con que cuente la institución prestadora de servicios médicos. Durabilidad también se entiende como la cantidad de uso que se obtiene del equipo o instalaciones médicas, hasta cuando el costo del mantenimiento y reparación supera el costo del reemplazo.^{55, 71}

El enfoque de durabilidad tiene dos implicaciones relevantes. En primer lugar, se propone que la dimensión de durabilidad y la confiabilidad están estrechamente vinculados. En segundo lugar, la durabilidad puede ser el resultado de mejores técnicas de cuidado del equipo e instalaciones médicas o debido al uso de materiales de vida útil más larga. En países desarrollados que cuentan con niveles de atención eficaces y de altos estándares de salud que brindan servicios, deben poseer leyes que protejan al paciente y que velen por calidad de atención en un periodo razonable de tiempo desde que es solicitado, lo que usualmente resulta en que el cliente puede cambiar o recuperar el dinero que pagó por la atención.^{55,71} Atributos de durabilidad a priorizar:

- Tiempo de vida útil de herramientas de trabajo para el personal médico y equipo de tecnología de punta como máquinas de laboratorio.
- Tiempo de vida útil de elementos reemplazables en las edificaciones como puertas, gavetas, instalaciones eléctricas, escritorios, pasillos ascensores, rampas y otro tipo de muebles.
- Equipos multidisciplinarios que incluyan a ingenieros, médicos e inversionistas en caso de realizar edificaciones. Por ejemplo, en la construcción de hospitales, consultorios médicos, laboratorios y más instituciones relacionadas con la atención de la salud.^{55,71}

2.4.5. Elementos tangibles

Esta dimensión engloba la infraestructura de los centros de servicios médicos, de igual manera instalaciones físicas, equipo de laboratorio o cirugía menor, recurso humano y material de comunicación; también es incluida en este rubro la limpieza de los espacios de la institución y la modernidad en las herramientas de trabajo; por ejemplo, que los distintos espacios de la institución de salud se encuentren en orden y limpios. Esta dimensión está integrada por los siguientes componentes:

2.4.5.1. Personal

Es aquel aspecto a evaluar que toma en consideración la apariencia física e higiene de las personas que laboran en la institución de salud; por ejemplo, los pacientes tienen la capacidad de valorar a primera instancia el aseo personal, olor y limpieza de la vestimenta.^{53,72}

2.4.5.2. Infraestructura

Aspecto que evalúa el estado en que se encuentran las diversas edificaciones del sistema de salud, en los cuales se presta atención médica. También se incluye el funcionamiento de máquinas y utensilios de laboratorio. Puede valorarse espacios no utilizados en la consulta, por ejemplo, áreas verdes, comedor, bodega y servicio de baño.^{53,72}

2.4.5.3. Herramientas varias de servicio

Son objetos tangibles de utilidad en los servicios de atención sanitaria, y con los cuales el paciente tiene contacto. Las herramientas exhibidas tienen características únicas que deben lograr obtener la atención eficaz del paciente por lo que son de fácil lectura y atractivas al mismo tiempo. Por ejemplo, letreros y folletos informativos de padecimientos habituales del lugar.^{53, 72}

2.4.6. Estética

Dimensión de la calidad subjetiva que expone la forma en que la atención médica es percibida por los sentidos del paciente. Se caracteriza por el enfoque personal del usuario que puede emitir un juicio de agrado o desagrado respecto al servicio brindado por lo que se puede demostrar que lo que le gusta a alguien siempre será subjetivo, aunque la fiabilidad, durabilidad y desempeño del servicio sean los mismos. De igual manera la estética manifiesta las costumbres, cultura y tendencia de la sociedad, por ejemplo, la moda. Los inconvenientes y fallas en la atención al paciente tienden a disminuir la calidad de la percepción en las propiedades estéticas, incluso llega a afectar otras dimensiones.^{55, 73} Los atributos de estética a priorizar son:

- Características del piso, como la utilización de mármol, madera, cemento, cerámica entre otros.
- Características de las paredes y techo, como pintura, uso de cielos falsos y personalización de interiores.
- Características de las puertas y ventanas, como cierto tipo materiales y color y diseños especiales.

- Características y acabados de los servicios sanitarios de limpieza, material de los mismos, color de grifería, inodoros, lavamanos y espejos.
- Tipo de instalaciones eléctricas por ejemplo lámparas, focos y tomacorrientes.
- Características de la sala de espera.
- Cualidades de los ambientes de uso colectivo, como el jardín, entradas, pasillos y ascensores. ^{55, 73}

2.5. Dimensiones de percepción de temporalidad

Este grupo de dimensiones se basan en el tiempo de la atención que recibe el paciente, desde que ingresa al establecimiento, cuanto demora en recibir el servicio, siendo médico u otro de la cartera del lugar, como puede ser vacunación, controles de niño sano, desparasitación, por mencionar algunos, de esta manera se detalla a continuación:

2.5.1. Velocidad de respuesta

Es la capacidad por parte del personal de salud para atender de forma inmediata y segura a los usuarios. De igual manera es concebida como la cualidad de las instituciones médicas y de profesionales de salud para atender las necesidades de las personas consultantes. El objetivo del desarrollo de esta dimensión es proporcionar servicios oportunos y con rapidez. Por ejemplo, la red hospitalaria nacional debe tener la capacidad para atender de forma digna a la población que tenga bajo su cobertura. La velocidad de respuesta implica características de tiempo y disponibilidad de horarios de las instituciones, y se encuentra influenciada por los componentes expuestos a continuación:

2.5.1.1. Tiempo de espera

Factor que involucra la cantidad de tiempo que el paciente tiene que esperar desde el ingreso a la unidad de servicios médicos hasta que es atendido. En caso que el usuario tenga que esperar mucho tiempo debido a la gran afluencia de pacientes, poca cantidad de profesionales u otros, existe la posibilidad que disminuya drásticamente la percepción de calidad que existe de las instituciones. ^{38, 53, 64}

2.5.1.2. Inicio y terminación

El personal de salud tiene establecidos horarios para el inicio y la finalización de la atención. En caso de emergencia también se cuenta con personal médico. Las instituciones cuentan con cronogramas en los cuales se establecen metas y plazos que influyen en la calidad de atención del servicio sanitario. ^{38, 53, 64}

2.5.1.3. Duración

Cada servicio prestado en las instituciones de salud pública y privada, cuenta con lapsos de tiempo mínimo y máximo por consulta. El factor expuesto implica el tiempo de espera y el tiempo de valoración clínica al usuario. Si el tiempo de atención médica no cumple con las necesidades del paciente o con lo previamente prometido, el usuario tiene la posibilidad de crear una percepción deficiente sobre la calidad del servicio.^{38, 53, 64}

2.5.1.4. Post-servicio

Es el lapso de tiempo que las instituciones en salud demoran en resolver problemas que no forman parte de la atención al paciente. Es por ello que el denominado post-servicio implica el tiempo adicional que el paciente debe esperar y el cual influencia la percepción de calidad de atención médica. Por ejemplo, trámites para conseguir número de afiliación de instituciones en salud que los soliciten para poder optar a servicios.^{38, 53, 64}

Para finalizar, en el capítulo expuesto se han descrito las dimensiones de la atención médica percibidas por los pacientes, que pueden ser medidas en la actualidad. De esta forma, se reconoce que los criterios a tomar en cuenta para evaluar la experiencia de los pacientes, es compleja y amplia. Además, solo pensar que es un fenómeno unidimensional, resulta cuestionable, ya que como se explicó, este es un espectro multidimensional, desde los propios sentimientos de los pacientes, hasta la estructuración del lugar de atención. Tales aspectos evaluarán elementos técnicos, interpersonales, del entorno, y la temporalidad que pueden ser medidos por medio de distintos modelos, los cuales serán descritos a continuación.

CAPÍTULO 3. MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

SUMARIO

- Modelo Service Quality
- Modelo Service Performance
- Modelo Satisfacción del Usuario de Consultas Externas
- Modelo Service Quality Hospital
- Modelos alternos de evaluación de percepción de la atención médica

El presente capítulo expone los principales métodos que existen en la actualidad para medir la percepción del paciente en la atención médica del primer nivel del sistema de salud en América Latina. De igual manera se describen los cuestionarios y elementos que evalúa cada método seleccionado, y se muestran los resultados de estudios realizados en el continente en donde se han utilizado los modelos descritos.

De este modo, la Organización Mundial de la Salud, en el año 2018, publicó el tratado titulado: *Quality in primary health care*, donde indica que la atención de la salud debe centrarse verdaderamente en las personas, además de desempeñar un papel activo en el diseño y la prestación de los servicios de salud, para que satisfagan sus necesidades; inclusive, ningún actor por sí solo podrá efectuar todos los cambios necesarios para lograrlo, por ello deben asumir el desafío para implementar programas basados en evidencia de intervenciones de atención que demuestren mejoras, para poder lograr el mejor servicio.^{74,75}

De lo anterior, se menciona que la atención primaria depende de la producción, el análisis y la interpretación de datos para tomar decisiones basadas en evidencia, las cuales deben responder a las necesidades del individuo y la población; de esto, los países están evaluando múltiples enfoques para mejorar el desempeño de su sistema de salud; además menciona la importancia de entender que el aprendizaje continuo es fundamental para mejorar la calidad de los servicios prestados.^{74,75}

Consecuentemente, en el año 2018, en la revista *The Lancet Global Health*, los autores Kruk M et al., en el artículo titulado: *High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution*, formulan que la medición es clave para la rendición de cuentas y la mejora de atención en los servicios de salud, sin embargo, las medidas disponibles no capturan muchos de los procesos y resultados de mayor importancia para las personas. Al mismo tiempo, se evidencia que aunque los insumos, como los medicamentos y equipos, son comúnmente contados en las encuestas de percepción de calidad, al final están relacionados débilmente con la calidad de la atención que reciben las personas.⁷⁶

Con lo ya comentado, se reconoce que es importante realizar sistemas de medición continua, para conocer el estado de la atención médica que reciben los pacientes. De acuerdo a los resultados, se menciona que:

- Los sistemas de salud de mala calidad originan más de 8 millones de muertes por año en los países de ingresos bajos y medianos, generando de esta manera, pérdidas de bienestar económico de US\$6 mil millones.
- Los proveedores de salud en países de bajos y medianos ingresos, a menudo realizan menos de la mitad de las acciones de atención recomendadas basadas en la evidencia.
- Aproximadamente un tercio de los pacientes experimentan atención irrespetuosa, consultas breves, mala comunicación, o largos tiempos de espera.
- La integración inadecuada entre plataformas y referencias débiles en los sistemas digitales, socavan la capacidad para cuidar condiciones complejas y emergentes.
- Menos de una cuarta parte de las personas de los países de bajos y medianos ingresos, cree que el sistema de salud funcione bien, en comparación con la mitad de los países de altos ingresos.
- Se pueden encontrar clínicas y proveedores con buen desempeño en todos los países, lo que brindaría información útil para mejorar la calidad de atención.
- La atención médica de calidad, se distribuye de manera desigual en los países, donde los grupos pobres y vulnerables tienen los peores servicios, tanto en términos de atención competente, como la experiencia de usuario.
- Estas vulnerabilidades pueden deberse a entornos particulares, condiciones de salud y factores demográficos.⁷⁶

Inicialmente, al intentar diseñar modelos para evaluar la percepción de calidad en el paciente, se pensó que existían múltiples atributos que intervienen en la prestación de servicios de salud. Por tanto, al elaborar instrumentos de evaluación de la percepción del servicio sanitario, se pretende llegar a conocer los aspectos positivos y negativos que puede tener el proceso de atención. El correcto uso de cuestionarios puede ser la opción ideal cuando se pretende mejorar la calidad en salud. Existe gran número de modelos para evaluación de calidad en atención de salud, sin embargo, resaltan entre ellos el modelo de Donabedian, el modelo SERVQUAL y el modelo SERVPERF.^{77, 78}

3.1. Modelo Service Quality

De esta manera, se comienza con el modelo Service Quality (SERVQUAL), utilizado ampliamente como método para evaluar la calidad de atención por medio de la percepción del paciente, y mide lo que el cliente espera de una organización en salud. El modelo fue creado por Zeithaml, Parasuraman y Berry en 1988 con el objetivo de mejorar la calidad de atención en servicios brindados por cualquier organización y se encuentra regido por cinco de las dimensiones descritas en el capítulo anterior: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.⁷⁹

Por ello es importante recalcar que el método SERVQUAL fue utilizado y validado en América Latina por primera vez en el año 1992 por Michelsen Consulting y el Instituto Latinoamericano de Calidad en Servicios; y pesar que, en los inicios de la aplicación del modelo SERVQUAL era utilizado solo en empresas, es habitual que se use en el ámbito sanitario, puesto que aborda importantes discrepancias en la salud pública:

- Diferencias entre lo esperado de los usuarios consultantes y lo percibido de los encargados o jefes de las instituciones de salud.
- Diferencias entre las percepciones de los dueños o encargados de las instituciones de salud y las normas de calidad de cada país.
- Diferencias entre las normas de calidad de cada país y la aplicación de la atención médica.
- Diferencias entre la prestación del servicio y la socialización de los servicios en la población, reflejada en la percepción de la calidad de los servicios médicos.⁸⁰

La base del enfoque en este modelo está regido por los siguientes elementos:

- Indica los siguientes factores que pueden condicionar las expectativas de los usuarios:
 - Opiniones y recomendaciones: de amigos y familiares acerca del servicio en salud.
 - Necesidades personales.
 - Experiencias previas del usuario con el servicio.
 - Comunicación externa: divulgación social sobre los servicios que otorga la institución en salud.⁸⁰

- De esta manera, como ya se abarcó previamente, se rige por cinco dimensiones, expuestas en el capítulo anterior, relacionadas con los criterios de evaluación utilizados por los clientes para valorar la calidad del servicio siendo estos la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y los elementos tangibles.⁸⁰

Por ello, este modelo permite otorgar puntaje a la percepción y a la perspectiva de cada uno de los usuarios evaluados, y a partir de ello identificar las deficiencias de calidad de atención en los servicios de salud, en caso que la expectativa supere en puntuación a la percepción del paciente que evalúa.⁸⁰

Así pues, en el año 2016, Numpaque A, Rocha A, exponen en el artículo de revisión titulado: Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud, que al aplicar el método Service Quality en países asiáticos se encontraron resultados inadecuados en la valoración de la calidad sanitaria, por lo cual se implementaron estrategias que permitiesen el mejoramiento en dicho rubro. Por su parte, en América Latina, estudios realizados en México, Colombia y Brasil arrojaron resultados positivos que evidencian los frutos luego de la implementación de modelos de mejora en la atención médica en las últimas décadas en las instituciones prestadoras de servicios sanitarios; y concluyen que el modelo SERVQUAL es un método válido, confiable y apropiado para la percepción de la calidad de los servicios.⁸¹

Por su parte en el año 2018, Henao D, Villa A, Yepes C, en el artículo nombrado: Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud, aseveran que el método SERVQUAL posee excelente confiabilidad, puesto que expresa claramente las expectativas de los pacientes del entorno hospitalario y también del desempeño del personal de salud. De igual manera, se recalca que cada institución sanitaria tiene la libertad de realizar adaptaciones en el lenguaje y en el ámbito cultural sin el riesgo de grandes cambios en el resultado del cuestionario. Finalmente, se concluye que SERVQUAL es un instrumento que brinda mayor facilidad y rapidez para evaluar la percepción de calidad en atención, inclusive en el ambiente hospitalario.⁸²

3.1.1 Cuestionario del Modelo Service Quality

El modelo SERVQUAL utiliza un cuestionario estandarizado, que puede ser ajustado a las necesidades de cada organización. Este cuestionario está constituido por tres distintas secciones:

3.1.1.1. Primera sección modelo Service Quality

Consta de un cuestionario dirigido al cliente sobre sus expectativas, es decir, su opinión sobre cómo debería ser el servicio médico. Se realiza a través de 22 ítems, sobre

los cuales, el usuario debe seleccionar en una escala de 1 a 7, el grado de percepción sobre la calidad de acuerdo a cada ítem, como se observa en la estructura de la encuesta basada en el modelo SERVQUAL (ver Anexo 5).⁷⁹

Este método de selección también es conocido como escala de Likert, el cual es un instrumento psicométrico, donde el usuario encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre un ítem o elemento específico. Es realizado por medio de una escala ordenada y unidimensional, la cual es mayormente definida por 5 niveles o grados de percepción, sin embargo, en algunas ocasiones puede utilizarse con 3, 4, 6 e incluso 7 niveles.⁸²

3.1.1.2. Segunda sección modelo Service Quality

Encargada de cuantificar la evaluación de los usuarios respecto a la importancia relativa de las cinco dimensiones mencionadas, y esto permite colocar una puntuación respectiva:

- Elementos tangibles: 1 a 4.
- Fiabilidad: 5 a 9.
- Capacidad de respuesta: 10 a 13.
- Seguridad 14 a 17.
- Empatía 18 a 22.⁷⁹

3.1.1.3. Tercera sección modelo Service Quality

Finalizando, en esta sección se quiere conocer la percepción del usuario respecto al servicio que se presta, considerando el punto más alto en el que la organización posee las características descritas para cada enunciado.⁷⁹

Se han realizado diversos estudios respecto a la percepción del paciente en América Latina, en el área de atención primaria en salud. Al aplicar el cuestionario SERVQUAL, se ha reportado percepción de satisfacción baja, relacionada directamente con el nivel educativo y con el tipo de especialidad médica de atención. Por ejemplo, se encuentra mejor percepción de calidad percibida en los servicios sanitarios de neurocirugía. En adición se ha podido observar que el nivel educativo, sexo, ingresos económicos y la ocupación son variables que influyen en la percepción de satisfacción de los pacientes.⁸⁰

Así pues, en el año 2018, Fariño J et al., en el artículo nombrado: Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de Salud de Milagro, explican el deseo de evaluar la satisfacción del paciente en el primer nivel de atención mediante el cuestionario tipo SERVQUAL, siendo este el método elegido, porque es capaz de medir elementos como la tangibilidad, infraestructura, presentación personal, limpieza, y comodidad, así como tiempos de espera, confianza y cumplimiento de horarios en las instituciones de salud. Los resultados de la investigación son los siguientes:

- Tangibilidad: el 77% de los encuestados están satisfechos con el equipamiento e infraestructura y el 81% mencionó estar satisfecho con la apariencia del personal sanitario.
- Fiabilidad: el 71% manifiesta estar insatisfecho con el tiempo de espera para la atención sanitaria, sin embargo, el 84% de los usuarios señala estar satisfecho con la confianza que transmite el personal.
- Capacidad de respuesta: el 83% se encuentra satisfecho con la disposición que tiene el personal para ayudar a resolver dudas.
- Seguridad: el 66% de los usuarios señaló estar insatisfecho con el tratamiento recetado y el 64% se encuentra satisfecho con el uso de equipo de protección personal que usa el personal de salud.
- Empatía: el 27% de los usuarios se encuentra insatisfecho con los servicios dados por los médicos.

Conclusión del estudio: se determinó que la calidad de la atención es regular, luego de evaluar las dimensiones de la percepción.⁸³

Además, en el año 2019, Ganga F, Alarcón N, Pedraja L, exponen en el artículo titulado: Medición de calidad de servicio mediante el modelo SERVQUAL: el caso del Juzgado de Garantía de la ciudad de Puerto Montt - Chile, que a nivel de expectativas, los puntajes más altos se encuentran en las dimensiones de confiabilidad, seguridad y aspectos tangibles. De igual manera, la dimensión de la calidad con menor puntaje fue la de seguridad/competencia; por lo que recomiendan que a pesar que el modelo SERVQUAL es muy utilizado para la medición de la percepción de calidad en los servicios, está poco explorado en poblaciones de América Latina, por lo tanto se sugiere realizar más investigación en dicho campo.⁶⁴

De forma similar en el año 2020, Bustamante MA, Zerda E, Obando F, Tello M, realizaron un estudio en Guayas, Ecuador, donde evaluaron la percepción de calidad de servicios en salud en 533 usuarios, por medio del cuestionario SERVQUAL. El estudio concluye que el 86.3 % de los pacientes indicaron que la calidad de atención médica recibida y los tiempos de espera, son valorados positivamente y las dimensiones de la calidad que el usuario consideró importante son la calidad técnica, comunicación, la atención personalizada y el acceso a servicios médicos.⁸

3.2 Modelo Service Performance

Continuando con los métodos de evaluación, el Modelo Service Performance (SERVPERF), se usó por primera vez en el año 1985, donde Parasuraman, Zeithaml y Berry en la Universidad de Texas, realizaron distintos estudios con el motivo de gestionar la calidad de los servicios, iniciando con la búsqueda de respuestas a preguntas relacionadas al servicio y su mejoría. Sin embargo, fue hasta 1992 donde Cronin y Taylor desarrollaron este nuevo modelo denominado SERVPERF a través de una investigación sobre la capacidad de medición de una escala más concisa, basada en la eficacia adquirida de algunas partes del cuestionario SERVQUAL, diferenciándose del mismo ya que únicamente se enfoca en la percepción del usuario que evalúa la atención medica brindada.⁷⁶

En adición, el modelo SERVPERF es comúnmente denominado; Valoración del desempeño o service performance en idioma inglés, siendo este utilizado para la evaluación de la calidad brindada por un servicio, al igual que SERVQUAL, con la única diferencia que este método no toma en cuenta la expectativa del usuario. Se menciona en múltiples fuentes que este modelo de valoración de calidad posee un alto grado de fiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach de 0,9098; alfa estandarizado de 0,9238), además de mayor validez predictiva con relación al SERVQUAL.⁸⁴

3.2.1. Cuestionario del Modelo Service Performance

El modelo SERVPERF está constituido por 22 ítems en relación a la percepción sobre el desempeño del servicio en salud brindado y corresponden a los previamente mencionados en la primera sección del modelo SERVQUAL, por lo tanto, cuenta con las dimensiones de elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

De esta manera, el cuestionario SERVPERF utiliza la escala tipo likert, que califica la percepción del usuario utilizando puntuación de 1 a 7, siendo 1: totalmente en desacuerdo y 7: totalmente de acuerdo. El cuestionario inicia indagando el grado de satisfacción del servicio sanitario, para que, orientado en ello, seleccione el grado de calidad global.^{82, 84}

Al obtener las mediciones de las percepciones de los usuarios, se debe realizar un profundo análisis y para calcular la puntuación de este modelo se realiza la sumatoria de las puntuaciones de percepción. Por lo tanto, la calidad del servicio evaluado será mejor, cuanto mayor sea la suma de las percepciones de los ítems. Se realiza mediante la siguiente fórmula: $SERVPERF = \Sigma$ de los puntajes de respuestas de la encuesta.^{30, 84}

Con lo anterior, el artículo realizado por Arroyo J, titulado: Percepción de la calidad de atención de los usuarios de consulta externa del puesto de salud de Huacrapuquio del distrito de Chilca en el periodo agosto, septiembre y octubre del 2014, utilizó el instrumento SERVPERF para medir la calidad de atención de los pacientes en consulta externa mediante la evaluación de las dimensiones de tangibilidad, velocidad de respuesta, confianza, seguridad y empatía. Los resultados de la investigación indican que el 56% de los encuestados no tenía confianza en el médico, el 26% percibió poca amabilidad del galeno y el 18% indicaron que no aclara dudas o inquietudes. La dimensión empatía fue percibida como regular al evaluar los eventos de contacto con el paciente y pésima en el elemento de atención médica. La dimensión velocidad de respuesta en la atención es considerada regular con promedio de espera entre 15 a 30 minutos. Por último, la dimensión de tangibilidad fue percibida por el paciente como regular al evaluar aspectos como la limpieza y presentación del personal.³⁹

Asimismo, en el año 2018, Vázquez Cruz E et al., en el artículo titulado: Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica, tenían por objetivo determinar la satisfacción percibida por los pacientes en la prestación de los servicios en una unidad de primer nivel de atención médica mediante la utilización del modelo SERVPERF. La investigación arrojó que el 65% de los participantes mostraron satisfacción con la atención brindada por el médico familiar; el 74% mostró satisfacción con el personal de enfermería. En cuanto a las dimensiones de la percepción de calidad, el 82% aprobó los elementos tangibles como instalaciones, el orden y la limpieza, el 65% consideró adecuado el rubro de accesibilidad y organización que involucra facilidad de trámites, horarios, facilidad de accesos a los servicios, mientras que solo el 49% considero adecuado el tiempo de espera en la institución de salud; de esta forma, en conclusión, la satisfacción general para la atención de los pacientes fue de 65% e insatisfacción del 35%.²⁶

3.3 Método Satisfacción del Usuario de Consultas Externas

El Cuestionario de Satisfacción del Usuario de Consultas Externas (SUCE), fue desarrollado en España tras realizar modificaciones al método SERVQUAL, siendo la finalidad del instrumento la evaluación de la satisfacción de los pacientes de unidades asistenciales de salud. El modelo ha demostrado ser confiable, ya que posee validez interna con un Alfa de Cronbach de: 0.90, permite realizar modificaciones según el área geográfica e idioma, logrando

que el instrumento pueda ser usado en cualquier país debido a que no depende de componentes culturales o académicos de la población en estudio.^{30, 39}

El cuestionario se divide en dos dimensiones:

La primera dimensión evalúa la calidad administrativa, donde se engloban aspectos estructurales y organizacionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud; por ejemplo, la facilidad para llevar a cabo trámites dentro de la institución, la comodidad de las instalaciones, y el tiempo de espera para la atención en salud, son factores relacionados de la gestión hospitalaria; de esta manera. La segunda, es la calidad clínica, siendo la que comprende componentes relacionados con la atención recibida por el paciente e incluye el trato por parte del personal médico, el plan educacional a la familia y al paciente, y el cuidado del secreto profesional, entre otros.³⁹

Vale la pena decir que, en el año 2018, Luna M, expresa en el artículo titulado: Consulta externa: satisfacción de pacientes atendidos en tres hospitales de referencia en Huancayo, que tras realizar investigación utilizando el método SUCE, se obtuvo que el primer hospital evaluado presentó un grado de satisfacción del paciente de 65.9%, seguido por el segundo hospital con 55.1% y el tercer hospital evaluado con 27.75%. Se encontraron altos valores de variabilidad al compararlo con estudios previos, ya que la adecuada percepción de calidad de atención en salud de los usuarios de consultas externas era del 66.7% en el ministerio de salud.⁸⁵

Así pues, en el año 2019, La Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública realizó una publicación titulada: Validez y confiabilidad de la escala de satisfacción de los usuarios de consulta médica ambulatoria en Perú, quienes evaluaron la satisfacción de los usuarios de la consulta externa con el cuestionario SUCE que constaba de 12 ítems pero el equipo de trabajo decidió agregar 7 ítems más de la escala ENSUSALUD, la cual evaluaban las dimensiones clínicas y administrativas de la atención médica brindada, y fue realizada a 13 814 pacientes de la consulta médica ambulatoria del sistema de salud Peruano. Se concluyó que la satisfacción del usuario puede ser evaluada mediante tres dimensiones de la calidad: la infraestructura, administración y atención del personal en salud, asimismo la percepción de la satisfacción del usuario se puede ver influenciada en el diagnóstico médico obtenido en la consulta, donde malos resultados evidencian baja satisfacción a pesar de que las dimensiones en salud sean óptimas.^{86,}

87

3.4 Modelo Service Quality Hospital

La utilización de modelos estándar, como el modelo SERVQUAL ha desarrollado algunos inconvenientes en el ámbito de salud. Ha existido cierto porcentaje de pacientes que tienen dificultad para entender las escalas, y en el ámbito metodológico hay dificultad para medir las expectativas. A raíz de dicha problemática, se han generado nuevas alternativas que evalúan la percepción de calidad en el paciente, modificando parte del método SERVQUAL, como el modelo Service Quality Hospital (SERVQHOS).⁸⁸

El cuestionario contiene diez preguntas relacionadas a aspectos subjetivos, como la cortesía, empatía, capacidad de respuesta y competencia profesional; también posee nueve preguntas relacionados con aspectos objetivos, como la estancia en hospitales, estado de la infraestructura, limpieza de los ambientes, puntualidad del personal de salud, y el plan educacional que se otorga a los pacientes y sus familiares. El instrumento SERVQHOS basado en SERVQUAL, ha sido desarrollado para emplearse en el medio sanitario de países hispanos y cuenta con la ventaja de poseer reducido número de cuestionamientos, 19 en total, que estudian elementos fundamentales de la calidad percibida, combinando las expectativas y percepciones del usuario. El método ha demostrado ser confiable, ya que posee validez interna con un Alfa de Cronbach de 0.96.^{88, 89, 90}

Con lo anteriormente descrito, en el año 2019, Naranjo A, Pineda S, publicaron un estudio titulado: Determinación de la calidad percibida por los usuarios del servicio de consulta externa. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de satisfacción del usuario que recibe atención médica del Hospital Vicente Corral Moscoso, del cual se obtuvo una muestra probabilística de 383 pacientes. El instrumento que se aplicó fue la escala de SERVQHOS que consta de 19 ítems en total. Los resultados fueron los siguientes: el 78.9% indicaron estar satisfechos y muy satisfechos con los servicios médicos brindados, siendo la dimensión de seguridad la que obtuvo mayor porcentaje, con 64.75%; por otra parte la dimensión con menor grado de satisfacción fue la dimensión de confiabilidad, puesto que el 9.92% de los usuarios entrevistados refirieron estar insatisfechos o muy insatisfechos. El ítem con menor puntaje fue el de tiempo de espera con 31.1% de satisfacción, y se obtuvo una satisfacción global del 78.9%, concluyendo así que se encontraron altos niveles de satisfacción en el usuario que consulta al Hospital Vicente Corral Moscoso.⁹¹

3.5. Modelos alternos de evaluación de percepción de la atención médica

Por su parte, en Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, publicó en el transcurso del año 2015, el trabajo nombrado: Estado del financiamiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios en la red hospitalaria del MSPAS al año 2014, donde fue establecida la satisfacción de los usuarios mediante la utilización de dos boletas, la primera para recolectar datos en servicios de consulta externa y la segunda estandarizada para encamamientos hospitalarios. Los elementos que evaluaron los cuestionarios fueron variables demográficas, infraestructura, equipo, fuerza laboral, medicamentos, atención del personal, limpieza, entre otros. Se concluyó lo siguiente:

- El trato de enfermería era adecuado para el 77% de los encuestados y los hospitales con deficiencia de la dimensión fueron Quetzaltenango, Escuintla y Roosevelt.
- Al evaluar la disponibilidad del mobiliario se evidencio que el 78.2% estaban satisfechos.
- En cuanto a la atención directa y servicios médicos, hubo satisfacción del 93%.
- Se encontró inconformidad con el personal médico, en el 25% de los pacientes.
- El 21% de los asistentes al sistema de salud deben viajar entre 61 y 120 minutos para consultar.
- La percepción global de satisfacción de los usuarios en la red de hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue del 63%.⁹

En consecuencia, a la falta de un método definitivo para la medición de la percepción de los pacientes respecto a la atención médica, en 2015, los autores Santos de Almeida R, Bourliataux Lajoine S, Martins M, en el artículo titulado: Los instrumentos para medir la satisfacción del usuario de los servicios de salud: una revisión sistemática, donde identificaron al inicio 1 398 artículos, de los cuales al final, luego de remover duplicados y realizar el filtro de los criterios de inclusión y exclusión, únicamente quedaron 37 artículos; de esta manera, los resultados demostraron que los instrumentos de medición se han aplicado en todo el mundo, donde el tamaño de la muestra era variable, con una gran amplitud, ya que oscilo entre 80 y 7 093 personas; la mayoría de estudios aportaba variables culturales y sociodemográficas de los pacientes, destacando la edad, sexo, renta familiar, nivel educativo y área de salud de tratamiento, con este último no se especificaba si era público o privado.⁷⁸

Del artículo anterior, los instrumentos fueron medidos por la iniciativa Consensus-based Standards for the Selection of health Measurement Instruments (COSMIN), el cual evalúa la

consistencia interna, la validez estructural, la prueba de hipótesis y la validez de contenido. De esta manera, la mayoría de artículos lograron un puntaje medio en la calidad de la metodología del análisis psicométrico; además, de todos los instrumentos utilizados fue raro observar el empleo de uno mismo, repitiéndose únicamente la Escala de Satisfacción de Atención de Emergencia del Consumidor (CECSS) en dos ocasiones, y la Echelle de Qualité des Soins en Hospitalization (escala EQS-H), también en dos ocasiones, por lo que se observa que no hay un patrón o estándar de oro; la mayoría de estos utilizó alfa de Cronbach para medir la consistencia interna, presentando correlaciones entre los ítems en la mayoría.⁷⁸

De esta manera, las conclusiones de dicho artículo indican que para medir la percepción del paciente, debe ser un enfoque multidimensional, mejorando las metodologías realizadas, así como la utilización de algún instrumento ya definido, el cual involucra un proceso de validación correspondiente; en resumen, la toma de decisiones y la atención sensible puede ser llevada por la medición de la experiencia y la satisfacción de los pacientes.⁷⁸

Una revisión sistemática, realizada en 2017, por los autores Male L, Noble A, Atkinson J, Marson T, titulado: Measuring patient experience: a systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision, seleccionó 708 artículos, y luego de los filtros realizados, únicamente quedaron 8. Posterior a ello concluyeron que los reportes fueron mal validados, por lo que las respuestas de estos, son poco verificables, aunque indican que el empleo de este tipo de instrumentos tienen potencial prometedor para su uso en entornos clínicos, sin embargo, los analizados en esta revisión, no se recomiendan, ya que aportan datos deficientes respecto a la validez interna y la confiabilidad de los mismos.⁹²

Agregando a la temática, en el año 2017, Reynaldos Grandón K, González Pinilla G, Guerra Díaz X, Gutiérrez Fuenzalida F, Santibáñez Muñoz L, realizaron el estudio titulado: Factores mal evaluados en encuestas de satisfacción aplicadas a usuarios de atención primaria en Latinoamérica, donde evaluaron 21 artículos de distintos países de América Latina, el cual destaca a Chile, Perú, Argentina y Colombia. Dentro de este, en Chile, al evaluar la percepción de 252 usuarios en un centro de atención primaria, el ítem con peor valoración fue el acceso a la atención, con solo el 32%, indicando que fue fácil el contacto telefónico, mientras solo un 54% indicó que encontraron disponibilidad para programar cita; otro componente con mala valoración fue la puntualidad, ya que el 45% consideró que las consultas fueron atendidas en el tiempo que era esperado. Siempre en el país chileno, en otro estudio realizado a 368 adolescentes entre 11 a 19 años, en un centro de atención primaria, con el 58.8% refieren demora en trámites para recibir atención, y un 52.6% indicó que la atención fue realizada a la hora prevista.⁹³

Luego, en otra encuesta en Perú, aplicada a 240 pacientes en un centro de primer nivel, indican que la integralidad obtuvo un cumplimiento del 51.7%, mientras que el 70% indicó que el médico nunca abordaba salud mental o estado anímico en la consulta, el 56.7% manifestó que nunca se les platicaba sobre actividades preventivas y chequeos médicos de rutina, el tabaquismo, así como los estilos de vida saludable. Respecto al componente de continuidad, el 67.5% evidenció que el médico nunca conversaba con la familia, y de esta manera, el 32.9% manifestó su inconformidad con el tiempo de espera para las emergencias.⁹³

En Colombia, se desarrolló una encuesta realizada a 712 embarazadas, en un centro de primer nivel para control prenatal, aplicando el instrumento de Encuesta de satisfacción de usuarios externos de los servicios Ambulatorios en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, donde se evidenció que el 52.3% no adquirió información suficiente del médico sobre sus deberes y derechos, mientras que el 43.7% calificó como adecuado el tiempo de espera; en este mismo país, se utilizó el modelo de Donabedian, aplicado a 212 usuarios, donde se manifestó que el 51.3% indicó que el horario de atención no se ajusta a sus necesidades, y el tiempo promedio de atención luego de haber tomado cita, fue de más de 15 minutos con el 65.1%; por otro lado, el 39.4% reveló que su problema no fue resuelto; de forma que se concluye en este artículo, que las peores evaluaciones se encuentran en los tiempos de espera, puntualidad, horarios de atención, accesibilidad, la entrega de insumos, y la falta de diagnóstico claro.⁹³

Fue de gran interés lo que sucedió en el artículo elaborado en Natal, Brasil, por Campos D, Negromonte R, Nalon F, en el año 2017, titulado: Service quality in public health clinics: perceptions of users and health professionals, ya que se evaluó las expectativas de los pacientes contra las del personal, aplicado a 1 200 usuarios, y 265 proveedores, de esta manera se concluyó que el personal de salud considera que los usuarios tienen niveles de expectativas inferiores a los indicados por estos últimos en todos los atributos.⁹⁴

Por otro lado, el artículo realizado en 2016, por Doubova S et al., titulado: Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, México and El Salvador, evaluó los atributos de la atención primaria, centrada en el paciente, asociada con la percepción, en los países ya mencionados, con un instrumento diseñado por la División de Protección Social y salud del Banco Interamericano de Desarrollo, donde se incluyeron entre 1 500 y 1 503 adultos de cada país; entre los resultados importantes, hay cuatro brechas, siendo la primera, que no todos tenían un lugar de atención regular, siendo el más alto El Salvador con 45.4% y el más bajo México con 22%; asimismo, el segundo factor fue la difícil comunicación con la clínica de atención, siendo el más alto El Salvador con 56.7% y el más bajo Colombia con 41.3%; mientras el tercero es la falta de coordinación encabezada por

Brasil con 78.4% y el más bajo México con 48%; de esta forma, el cuarto fue la falta de información sobre alimentación saludable encabezada por Colombia con 32.9% y el más bajo México con 16.9%.^{31,95}

Resumiendo lo anterior, la percepción de los usuarios respecto la atención médica, se situó con Brasil con el 67%, México con el 79.6%, Colombia con el 71.1% y El Salvador con el 79.5%; de esta forma los atributos que indican que la percepción es de buena calidad, es aquel proveedor que conoce información relevante sobre el historial del paciente, resuelve la mayoría de problemas de salud, las consultas duran lo necesario, coordina adecuadamente, y la comunicación es fácil para los pacientes.^{31, 95}

Finalizando los métodos de medición de la percepción, en el año 2020, Concha M, Hirschberg A, Arraño N, Cárcamo M, Mañalich J, realizaron un estudio exploratorio cuasiexperimental, titulado: Medición de la calidad del trato al usuario tras la introducción del asistente-alumno en centros de salud familiar en Chile, donde participaron 224 pacientes, utilizando el Cuestionario de calidad del trato del usuario en los establecimientos de APS (cuestionario TU-APS), que consta con validez interna por medio de alfa de Cronbach de 0.94, compuesta por 33 preguntas, donde en 24 de estas, se utiliza escala de Likert 1 a 7, donde 1 es la peor valoración y 7 la mejor. Resumiendo el estudio, este realizó una evaluación basal luego de pasar una encuesta, posterior a una consulta de 15 minutos promedio de duración con el médico, a un grupo experimental de 58 y un control de 45 pacientes. Luego se pasó un segundo cuestionario a las dos semanas, en el cual, se realizó intervención con el mayor enfoque al ingreso del paciente, tomando datos de la historia clínica y signos vitales.²⁷

Ahora bien, el resultado basal, indicó el promedio general sobre el trato recibido en el grupo experimental con 6.25 con un intervalo de confianza al 95% de 6.08 a 6.42, y 6.06 en el grupo control, con intervalo de confianza al 95% de 5.79 a 6.33, observando que no había diferencias estadísticamente significativas; posterior a la intervención, el promedio del grupo experimental fue 6.49 con un intervalo de confianza al 95% de 6.31 a 6.68, mientras el grupo control fue de 6.15 con intervalo al 95% de 5.95 a 6.35, aún sin diferencias significativas. A pesar de los resultados, se observó que la evaluación después de la intervención sí tuvo un alza favorable, que a pesar de ello, no es estadísticamente significativo, pero que puede indicar un potencial para mejorar las funciones, y en un nuevo estudio realizarlas y valorar nuevos resultados.²⁷

Por consiguiente, el estudio Cochrane, del año 2017, elaborado por Ciapponi A et al., titulado: Efectos de los planes de prestación de servicios para los sistemas de salud en países de bajos ingresos, determina que los pacientes buscan mejorar los tiempos de espera, no

aglomerar el lugar de atención, ser atendidos por trabajadores del sector salud que poseen amplio conocimiento de las enfermedades brindando apoyo a los pacientes, personal suficiente para la atención que mantenga comunicación recíproca con los pacientes crónicos, además que puedan facilitar el acceso a la información y consulta, mejorar los sistemas de vacunación, así como de consulta prenatal; de esta forma buscan mejorar la tecnología de la información y comunicación y la calidad y sistemas de seguridad de los centros de atención.⁹⁶

Con lo expuesto en el presente capítulo, se logró tener un mejor panorama de los principales métodos que han sido utilizados en América Latina para medir la percepción del paciente en el sistema de salud. Así pues, los modelos SERVQUAL, SERVPERF, SERVQHOS y SUCE, con sus respectivos cuestionarios son métodos válidos, confiables y adecuados al evaluar distintos elementos de la percepción del paciente, entre los que se encuentran la infraestructura, trato al paciente, equipo, comunicación al usuario por parte del personal en salud entre otros; sin embargo, debe quedar claro que se puede realizar o utilizar un sin fin de cuestionarios y métodos de medición, siendo respectivamente validados. De igual manera, es importante recalcar que, aunque no existe un modelo único para la medición de la percepción de calidad, la elección debe guiarse en base a los objetivos que posea cada investigación.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

En la revisión de artículos de carácter científico que se realizó, con la metodología ya descrita, se logró obtener información importante para el análisis de este. Durante los tres capítulos previos se trataron diversas temáticas, iniciando la representación de América Latina, las dimensiones de la percepción, y por último sus formas de medición.

En primer lugar, América Latina, representa para el mundo, aquella región conformada por 19 países, con pluriculturalidad, gran potencial económico y riqueza en recursos naturales, climas favorables, ubicación geográfica competitiva. Sin embargo, a pesar de estos aspectos a favor, se han visto afectados por problemas internos, como la sobrepoblación, indicadores de salud negativos, como la mortalidad materna e infantil, violencia, inequidades en la distribución de recursos, y alto índice de desempleo con aumento del trabajo informal; que al final, afecta en la recaudación de impuestos, y ocasiona un ciclo en el que se genera falta de oportunidades y de progreso.

Agregado a lo anterior, es necesario destacar que la población actual en América Latina, se concentra principalmente en las edades de 10 a 24 años con 163 millones de adolescentes y jóvenes, representado el 27.5% de la población total de la región, correspondiendo a una pirámide poblacional de tipo progresiva. Siguiendo con los problemas de la región, el analfabetismo es un problema presente en Guatemala, Paraguay y Bolivia con el 12%, 10.8%, y 10.1% respectivamente, mientras que en el conjunto de países de esta región se evidencia únicamente con un 6%, necesitando tener menos del 5% para indicar que se está llegando a la meta de erradicación.

Además, al estudiar las características sociodemográficas de la región de América Latina, se reporta que el sexo predominante en consultas es el femenino como fue evidenciado en Puebla, México en el 2018, donde de 395 consultantes a la red de salud primaria, el 66.1% eran mujeres y solo el 33.9% fueron hombres, al igual que en centros de salud familiar en la comuna de Maipú, Chile donde al evaluar a pacientes durante en un lapso de dos semanas, se evidencio que entre el 60-70% de consultas diarias eran mujeres. Ahora en el caso de la escolaridad en centros de consultas externas de Perú se demostró que el 6.1% son personas analfabetas, el 21.1% de pacientes han culminado el nivel académico de primaria, el 42.5% poseen nivel académico de secundaria y solo el 3.9% poseía nivel académico universitario. Añadido a ello en El Salvador se realizó un estudio en 90 pacientes, donde se concluyó que 28% de los usuarios realiza labores de hogar, el 39% refirió trabajar para empresas, y el 33% de los pacientes labora en negocios propios.

Con todo lo anterior descrito, se explica y da contexto del porqué América Latina, tendría problemas en los diferentes sectores que debe cubrir en la población, llegando de esta manera al sistema de salud, donde a pesar de los esfuerzos realizados por los distintos países que conforman la región, no hay certeza de que las metas preestablecidas sean cumplidas. Por lo tanto es necesario indicar que cada país tiene metas propias, y han realizado estrategias dirigidas a la atención primaria en salud, tratando de suplir los problemas y desafíos, que pueden surgir dentro de la estructura y gestión, el recurso humano, disponibilidad de medicamento, y cobertura universal, así como la adaptación a catástrofes climáticas, y combatir enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Por consiguiente, el hecho que los sistemas de salud estén estructurados por distintos niveles de complejidad, y que los mayores esfuerzos sean realizados en el primer nivel de atención, es un acierto por parte de las entidades de salud; sin embargo, se convierte en un proceso complejo a causa de todo el fenómeno que representa saber si la percepción de los pacientes es la idónea, de esta manera, se han formulado dimensiones de la percepción como: técnica, interpersonal, entorno y temporalidad, que se toman en cuenta con sus respectivos componentes, como lo expuesto en el capítulo 2, que en esencia evalúan como es el comportamiento del personal sanitario, la organización del sistema de salud y la infraestructura que va a percibir el paciente para emitir un juicio y darnos la opinión al respecto y de esta manera lograr cambios significativos en el sistema de salud.

De esta manera, si existiera un solo componente o dimensión, significaría no poder explicar a detalle la complejidad de la percepción de los pacientes acerca de la atención médica. Por ello, la OMS indicó que la valoración del servicio de salud entregado a los usuarios es vital para los sistemas sanitarios, ya que permite tomar la opinión del paciente y así realizar cambios en determinantes sociales de la salud. Para esta entidad, los elementos a tomar en cuenta en la evaluación de la calidad son: la exhaustividad, accesibilidad, cobertura, continuidad, calidad, coordinación, responsabilidad y centrado en la persona.

En adición a lo expuesto, en la región de América Latina se han llevado a cabo estudios en pacientes del primer nivel de atención para evaluar las dimensiones de la percepción donde resalta que, en Ecuador, se evaluó la satisfacción del paciente en el primer nivel y se concluyó que el 77% de los encuestados están satisfechos con el equipamiento e infraestructura, el 71% estuvo insatisfecho con el tiempo de espera para la atención sanitaria, sin embargo, el 84% de los usuarios señala estar satisfecho con la confianza que transmite el personal. Además, el 66% de los usuarios señaló estar insatisfecho con el tratamiento recetado y el 64% se encuentra satisfecho con el uso de equipo de protección personal. Aunado a ello, en el año 2015 en

Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, aplicó encuestas a pacientes que asisten a la red del sistema sanitario para valorar la satisfacción y se demostró que en términos del mobiliario el 78.2% lo aprobaron, hubo satisfacción global del 93%, se encontró inconformidad con el personal médico, en el 25% de los pacientes y el 21% de los usuarios deben viajar entre 61 y 120 minutos para consultar.

Por ello, surge la necesidad de no evaluar solo al primer nivel de atención sino a todo el sistema de salud; claramente a mayor información, se incurre en mayor costo en estudios, por lo cual se busca una manera de optimizarlo. Por tanto, la evaluación del primer nivel es idóneo, ya que contar con información de este, brindará datos para poder ejecutar y formular nuevas estrategias y funciones que mejoren el servicio brindado. Además, tener una base informática ayudará a que los niveles siguientes tengan mejor planificación y ejecución, así como evitar la saturación de casos e impartir adecuadamente la atención.

El Doctor Paul Antulio Chinchilla Santos, catedrático de Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en la entrevista realizada el 7 de septiembre del año 2020, menciona que “hay una agenda pendiente en relación a la atención médica, si bien es cierto que la salud no se logra solo con eso, forma parte de un desafío, porque un gran sector de las poblaciones en América Latina tiene grandes déficits en salud. Muchas necesidades y poca oferta”. Con lo previamente citado, el Dr. Chinchilla, indica que los esfuerzos han sido insuficientes para suplir a toda esa población vulnerable, por ello debe haber una retroalimentación de los sistemas de salud.

Así pues, la Organización Mundial de la Salud, manifiesta que deben implementarse programas basados en evidencia, para realizar intervenciones que demuestren mejoras, y así optimizar el servicio; por si aún se tuviera duda de la necesidad de realizar estudios que busquen indagar la percepción de los pacientes en el primer nivel de atención, se han registrado datos como, pérdidas humanas que representan US\$6 mil millones, la mala calidad en los servicios provocan 8 millones de muertes por año, el personal no realiza adecuadamente toda la exploración médica, la consultas rápidas poco comunicativas, desigualdad en los servicios. Todo lo anteriormente descrito, puede ser identificado con un simple programa de análisis, si se contaran con datos óptimos, como imaginar si se identificara un lugar, el cual tenga un nivel de percepción excelente, pudiendo aprender de ellos, ubicando sus fuertes y justificando la realización de estos estudios.

Existen modelos disponibles para medir la percepción del usuario, como el modelo Donabedian, el cual se ha utilizado en diversos estudios lanzando resultados curiosos, como el evidenciado en Colombia, en el que, con 212 usuarios, el 51.3% manifestó inconformidad con el

horario de atención, ya que no se ajustaba a su disposición, y el tiempo para adquirir atención de emergencia fue de más de 15 minutos con el 65.1%, mientras otro 39.4% indicó que su problema no fue resuelto. Por otro parte, el modelo SERVQUAL, el cuál evalúa expectativa contra percepción, ha sido utilizado eficientemente en estudios, como el realizado en México, Colombia y Brasil, donde recomiendan el uso de este método en servicios sanitarios; de ello, en Ecuador con 533 usuarios, concluyen que el 86.3% de los pacientes reciben una adecuada atención médica, estando de acuerdo con los tiempos de espera, la calidad técnica, comunicación, atención centrada en el paciente y el acceso fácil.

Mientras, otros autores han preferido utilizar SERVPERF, que solo evalúa percepción descartando la expectativa, donde el estudio realizado en Perú, verificó que el 56% tenía confianza en el médico, el 26% percibió poca amabilidad del prestador de servicio, y el 18% indicó que sus dudas no fueron aclaradas; resaltando la dimensión de empatía como pésima, por otra parte, la velocidad de respuesta fue considerada regular, con tiempo entre 15 y 30 minutos, y respecto a la tangibilidad, se percibió de manera regular el aspecto de la limpieza y la presentación del personal de salud.

En relación al modelo de medición, a lo largo del trabajo se registraron múltiples métodos, donde se evidenció datos claramente diferentes unos de otros, a pesar de ello, se busca establecer el estándar de oro y los lineamientos para verificar que el método utilizado es el adecuado; por lo tanto, pueden utilizarse métodos como el modelo SERVQUAL, SERVPERF, SUCE, SERVQHOS, CECSS, escala EQS-H, PREMs, etc., así como optar por crear instrumentos propios, para posteriormente realizar su respectiva validación.

Asimismo, se han realizado estudios de revisiones sistemáticas de artículos orientados en esta temática, donde observan que, a pesar de haber métodos con validez interna ya establecida, crean nuevos instrumentos, los cuales en ocasiones carecen de estructuración válida; por lo que se concluye que actualmente no hay ningún instrumento considerado estándar de oro, para ser utilizado de manera rutinaria en cualquier región. Es por esto, que actualmente se recomienda tratar de abarcar de manera óptima las dimensiones de percepción, orientándola al sitio donde se aplicará, y que este cuente con validez interna para poder ser ejecutado como en los diversos métodos ya comentados, que al menos cuentan con alfa de Cronbach mayor a 0.90.

CONCLUSIONES

Las principales características sociodemográficas encontradas en pacientes que reciben atención médica en el primer nivel del sistema de salud en América Latina fueron las siguientes: edad, ocupación, sexo y escolaridad. El rango de edad promedio que se encontró en consultantes fue entre los 20 a 30 años, en tanto que la ocupación más frecuente fue ama de casa entre 40-70%, seguido de trabajadores de empresas privadas con 39%, trabajo propio reporto el 33% de los pacientes, por último, 11% eran agricultores y el 5% eran albañiles. En la distribución de sexo, el que predomina es el femenino con rango entre el 60-69% y, en cuanto al nivel académico alrededor del 5-6% corresponden a personas analfabetas, entorno al 20% de pacientes cuentan con nivel académico de primaria, el 42% tienen nivel académico en secundaria y menos del 5% tienen nivel académico universitario.

Es importante conocer que, en la evaluación de las dimensiones de la percepción del paciente atendido en el primer nivel de salud, existen múltiples elementos que interactúan entre sí para la formación de satisfacción asistencial. Las dimensiones descritas en la literatura científica con mayor aprobación e importancia para el paciente fueron la velocidad de respuesta con 83%, satisfacción global de la calidad entre 70-80% de aceptación, elementos tangibles con rango entre 77-82%, fiabilidad con el 71%, seguridad con 64%, accesibilidad obtuvo 65% de aprobación, disponibilidad de servicio 54%, confianza en el personal 44; entre las dimensiones peor percibidas por el usuario se encontró la empatía 27%, amabilidad 26% y confiabilidad con el 9.9%. En adición, la importancia de evaluar dichos elementos es que pueden influir en la formación de nuevas políticas sanitarias que permitan cumplir las expectativas del paciente en el primer nivel de atención.

La literatura revisada documenta que, se han orientado en estudiar el tiempo de espera, la empatía, la accesibilidad, la eficiencia, eficacia del servicio, la propia satisfacción del paciente con experiencias pasadas y han arrojado resultados deficientes en diferentes instrumentos. Por ello, es importante tomar en cuenta todas las dimensiones y componentes que se detallaron en el trabajo; identificar el problema, para luego estructurar el instrumento, revelará resultados idóneos para el establecimiento. Además es relevante indicar el estado de la atención médica desde la percepción de los pacientes, y dependerá desde el tipo de usuario al cual se está entrevistando, hasta el instrumento que se ejecuta, todo ello, variará los resultados, pero no el objetivo, el cual es retroalimentar al servicio y realizar mejoras pertinentes.

La medición de la percepción del paciente en el primer nivel de atención de América Latina se ha llevado a cabo mediante modelos como SERVQUAL, SERVPERF, SERVQHOS, SUCE

y CECSS, con sus respectivos cuestionarios. Los métodos expuestos son válidos, confiables y adecuados puesto que poseen un coeficiente alfa de Cronbach mayor a 0.90, y pueden ser usados para evaluar elementos de la percepción del paciente, como la infraestructura, trato al usuario, equipo, comunicación, empatía entre otros. Además, todos los modelos expuestos anteriormente aportaron información de variables culturales y sociodemográficas de los pacientes, destacando la edad, sexo, estado civil y nivel educativo. Sin embargo, debe quedar claro que, no existe un modelo único para la medición de la percepción de calidad, y por tanto la elección debe guiarse en base a los objetivos que posea cada investigación.

RECOMENDACIONES

Se sugiere que en investigaciones que utilicen muestras de la población, se estudie a profundidad las características sociodemográficas, con el objetivo de que los resultados sean representativos de la comunidad, asimismo analizar los datos agrupando a los encuestados de acuerdo a sus similitudes sociodemográficas, debido a que estas podrían ejercer algún tipo de sesgo en las respuestas obtenidas.

Se recomienda la realización de evaluaciones de la atención médica en el primer nivel de salud en América Latina por medio de la percepción de los pacientes, mediante la aplicación de los modelos SERVQUAL, SERVPERF, SERVQHOS y SUCE adaptándolos al área de aplicación, para reconocer falencias o elementos a mejorar, debido a que en la actualidad no existe suficiente información a considerar para modificar las estrategias sanitarias, y de esta manera contar con datos para la retroalimentación efectiva de los sistemas de salud.

Teniendo en consideración, que en la actualidad no existe un instrumento valorado como estándar de oro para determinar la atención percibida por el paciente, se sugiere verificar que el tipo de modelo elegido, se ajuste a los objetivos que rigen cada investigación, sea factible, y tenga validez interna, puesto que, como se evidenció en el tercer capítulo de la monografía, existen modelos que tienen mayor capacidad de detectar ciertas dimensiones como las del tipo técnico, interpersonales, de entorno, o de temporalidad, y de esta manera orientar el instrumento elegido o construido, a la detección idónea de los elementos que el investigador busca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Galicia A, Díaz Díaz JF, Montiel Jarquín ÁJ, González López AM, Vázquez Cruz E, Morales Flores CF. Validity and consistency of an outpatient department user satisfaction rapid scale. Gac Med Mex [en línea]. 2020 [citado 24 Abr 2020]; 156 (1):47-52. Disponible en: http://gacetamedicademexico.com/files/gmm_uk_20_156_1_045-050.pdf
2. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Pública de México [en línea]. 1993 [citado 26 Abr 2020]; 35 (3): 51-52. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5653/6165>
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente [en línea]. Ginebra: OMS; 2019. [citado 24 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
4. Organización Mundial de la Salud. Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario [en línea]. Ginebra: OMS; 2018. [citado 24 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/12/18-226266/es/>
5. Syed BS, Leatherman S, Mensah Abrampah N, Neilson M, Kelley E. Mejorar la calidad de la atención de salud en todo el sistema sanitario. Bull World Health Organ [en línea]. 2018 [citado 24 Abr 2020]. 96: 799. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226266>
6. World Health Organization. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [en línea]. Geneva: OMS; 2018. Capítulo IV, Building quality into the foundations of health systems; [citado 20 Ago 2020]; p. 42 - 56. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>
7. Liu J, Mao Y. Patient satisfaction with rural medical services: A cross-sectional survey in 11 western provinces in China. Int. J. Environ. Res. Public Health [en línea]. 2019 [citado 28 Abr 2020]; 16(20):3968. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/20/3968/htm>
8. Bustamante MA, Zerda E, Obando F, Tello M. Desde las expectativas a la percepción de calidad de servicios en salud en Guayas, Ecuador. Información Tecnológica [en línea]. 2020 [citado 28 Abr 2020]; 31 (1): 161-70. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=767e5648-9611-4066-806e-c7636ed6fa4b%40pdc-v-sessmgr03>

9. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estado del financiamiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios en la red hospitalaria del MSPAS al año 2014 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015. [citado 27 Abr 2020]. Disponible en: [https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/12MSPAS\(2015\)SatisfacciondelosusuariosdeConsultaExternaHospitalariaenGuatemala.pdf](https://www.mspas.gob.gt/images/files/cuentasnacionales/publicaciones/12MSPAS(2015)SatisfacciondelosusuariosdeConsultaExternaHospitalariaenGuatemala.pdf)
10. Organización Panamericana de la Salud. Estado de salud de la población [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2017. [citado 12 Ago 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=caracteristicas-de-la-poblacion-y-sus-tendencias&lang=es
11. Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales. América Latina en cifras [en línea]. Madrid: FAES; 2018. [citado 12 Ago 2020]. Disponible en: https://fundacionfaes.org/file_upload/news/pdfs/20181121121153america-latina-en-cifras.pdf
12. Kapelusz. Geografía de América [en línea]. Argentina: Norma; 2018. [citado 13 Ago 2020]. Disponible en: http://www.editorialkapelusz.com/wp-content/uploads/2018/02/61075033_CD-Geo2De-america_CapModelo.pdf
13. Echeverría MJ, Capuz SM. Geografía [en línea]. Argentina: AZ editora; [201?]. Capítulo I, América un continente de contrastes; [citado 13 Ago 2020]; p. 12 - 28. Disponible en: <http://www.az.com.ar/subdominios/manifiesto/pdf/085-0102-Geografia-2-PBA/085-0102-Geografia-2-PBA-Cap1.pdf> o <http://www.az.com.ar/detalle/640/geografia-2-sociedades-y-espacios-de-america>
14. McKay AA. Geografía de la Región Centroamericana [en línea]. San José [Costa Rica]: Editorama, S.A.; 2008. Capítulo I, Geografía, Región y espacios Centroamericanos; [citado 13 Ago 2020]; p. 3 - 36. Disponible en: https://ceccsica.info/sites/default/files/content/Volumen_33.pdf
15. Donadio M. Atlas comparativo de la defensa en América Latina y el Caribe [en línea]. Buenos Aires: RESDAL; 2016. Capítulo introductorio, La Región Latinoamericana; [citado 13 Ago 2020]; p. 10 - 11. Disponible en: <https://www.resdal.org/assets/atlas-2016-esp-completo.pdf>
16. Organización Internacional del Trabajo [en línea]. Ginebra: OIT; 2020 [citado 13 Ago 2020]; Sector rural y desarrollo local en América Latina y el Caribe; [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <https://www.ilo.org/americas/temas/sector-rural-y-desarrollo-local/lang-es/index.htm>
17. Casabon C. La economía informal de América Latina supera por primera vez la de África Subsahariana. World Economic Forum [en línea]. 15 May 2017 [citado 22 Ago 2020];

- Desequilibrios económicos globales: [aprox. 1 pant.]. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2017/05/la-economia-informal-de-africa-esta-retrocediendo-mas-rapido-que-la-economia-latinoamericana/>
18. Kreimerman R. Contexto económico en América Latina [en línea]. Ciudad de México: FES; 2017. Capítulo I, Una nueva dinámica mundial. El capitalismo se reformula a sí mismo; [citado 13 Ago 2020]; p. 10 - 25. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/mexiko/13945.pdf>
 19. Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Información y Análisis de Salud. Glosario de indicadores básicos de la OPS [en línea]. Washington DC: OPS; 2015 [citado 13 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/glosario-spa-2014.pdf>
 20. Sistema de Información Económica Local [en línea]. España: SIELOCAL; 2012 [citado 13 Ago 2020]; Densidad de población; [aprox 1 pant.]. Disponible en: <http://www.sielocal.com/informe/565/Densidad-de-poblaci%C3%B3n>
 21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La población de América Latina alcanzará 625 millones de personas en 2016 [en línea]. Santiago de Chile: CEPAL; 2016 [citado 14 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/noticias/la-poblacion-america-latina-alcanzara-625-millones-personas-2016-segun-estimaciones-la>
 22. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. América del Sur, Centroamérica y Caribe [en línea]. Roma: FAO; 2016 [citado 14 Ago 2020]. Disponible en: http://www.fao.org/nr/water/aquastat/countries_regions/profile_segments/americas-GeoPop_esp.stm#:~:text=La%20densidad%20de%20poblaci%C3%B3n%20en,86%20habitantes%20antes%20de%20la%20guerra%20mundial,antes%20de%20la%20guerra%20mundial
 23. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [en línea]. Argentina: OMS; 2018. Capítulo I, Antecedentes: la OMS y la salud sexual; [citado 14 Ago 2020]; p. 2 - 3. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1#:~:text=El%20sexo%20son%20las%20caracter%C3%ADsticas,hay%20individuos%20que%20poseen%20ambos.>
 24. Observatorio Latinoamericano de Censos de Población. Institutos de Estadística y Censos [en línea]. [s.l.] : OLAC; 2015 [citado 14 Ago 2020]; Disponible en: <https://observatoriocensal.org/links/institutos-de-estadistica-y-censos-regionales/>
 25. Ortiz Vargas PM. Nivel de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en los servicios de salud según encuesta SERVQUAL, en la micro red Villa-Chorrillos en el año 2014.

- [tesis Médico y Cirujano en línea]. Perú: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/457/Ortiz_p.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Vázquez Cruz E, Sotomayor Tapia J, González López AM, Montiel Jarquín AJ, Gutierrez Gabriel I, Romero Figueroa MS, Loria Castellanos J, Campos Navarroy LS. Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. Rev. salud pública. [en línea]. 2018 [citado 20 Ago 2020]; 20 (2): 254-257. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/254-257/es>
27. Concha M, Hirschberg A, Arraño N, Cárcamo M y Mañalich J. Medición de la calidad del trato al usuario tras la introducción del asistente-alumno en centros de salud familiar en Chile. Rev Med Chile [en línea]. 2020 [citado 29 Ago 2020]; 148 (1): 60-68. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v148n1/0717-6163-rmc-148-01-0060.pdf>
28. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Una aproximación a la situación de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe: a partir de evidencia cuantitativa reciente [en línea]. Panamá: UNICEF; 2015. Capítulo I, Tendencias Demográficas; [citado 20 Ago 2020]. p.10 -11. Disponible en:https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-04/UNICEF_Situacion_de_Adolescentes_y_Jovenes_en_LAC_junio2105.pdf
29. Arranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C: BID; 2018. Capítulo I, La región de América Latina y Caribe está envejeciendo. [citado 20 Ago 2020]; p. 7 - 10. Disponible en: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
30. Ibarra Morales LE, Casas Medina EV. Aplicación del modelo Servperf en los centros de atención Telcel, Hermosillo: una medición de la calidad en el servicio. Contaduría y administración [en línea]. 2015 [citado 22 Ago 2020]; 60 (1): 229-260. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5118451.pdf>
31. Doubova S, Guanais F, Pérez Cuevas R, Canning D, Macinko J, Reich M. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. Health Policy and Planning [en línea]. 2016 [citado 24 Ago 2020]; 31 (7): 834–843. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26874326>

32. Fariño J, Cercado A, Vera E, Valle J, Ocaña A. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. Rev Espacios [en línea]. 2018 [citado 20 Ago 2020]; 39 (32): 1 - 12. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a18v39n32/a18v39n32p22.pdf>
33. Bellei C, Poblete X, Sepúlveda P, Orellana V, Abarca G. Situación Educativa de América Latina y el Caribe: Hacia la educación de calidad para todos al 2015 [en línea]. Santiago: Ediciones del Imbunche; 2013. Capítulo I, Introducción y síntesis; [citado 21 Ago 2020]; p. 17 - 30. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/images/SITIED-espanol.pdf>
34. Lorente Rodríguez M. Problemas y limitaciones de la educación en América Latina. Un estudio comparado. Rev Foro de Educación [en línea]. 2019 Ene - Jun [citado 21 Ago 2020]; 17 (26): 1 - 24. doi: <http://dx.doi.org/10.14516/fde.645> <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/MINEDU/6133/Problemas%20y%20limitaciones%20de%20la%20educaci%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.%20Un%20estudio%20comparado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Garcia R, Galvez N. Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud. Rev Tzhoecoen [en línea]. 2016 [citado 22 Ago 2020]; 8 (02): 1 - 10. Disponible en: <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/383/371>
36. Macinko J, Guanais F, Mullacheryy P, Jiménez G. Gaps in primary care and health system performance in six Latin American and Caribbean Countries. Health Affairs [en línea]. 2016 [citado 28 Ago 2020]; 35 (8): 1513-1521. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-27503978>
37. Chávez Cruz AL, Molina Regalado JL. Evaluación de la calidad de atención en salud mediante el modelo de Avedis Donabedian, en el área de emergencia del hospital paravida de julio a diciembre 2014. [tesis Maestro en Gestión Hospitalaria en línea]. San Salvador: Universidad de el Salvador, Facultad de Medicina; 2015. [citado 25 Ago 2020]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/11055/1/Tesis%20Final.pdf>
38. Rivas Martínez BW. Medición de la calidad de atención que brinda el personal a los usuarios. Centro de salud el Calvario, Huehuetenango, Guatemala. junio-julio 2016. [tesis Licenciatura en Enfermería en línea]. Guatemala: Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.

[citado 25 Ago 2020]. Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjr/2017/09/02/Rivas-Byron.pdf>

39. Arroyo Castañeda J. Percepción de la calidad de atención de los usuarios de consulta externa del puesto de salud de Huacrapuquio del distrito de Chilca en el periodo agosto, septiembre y octubre del 2014. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Perú: Universidad Nacional del centro del Perú: Facultad de Medicina Humana; 2015. [citado 4 Sep 2020]. Disponible en: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/472/TMH_32.pdf?sequence=1&isAllo wed=y
40. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas +, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2017 [citado 22 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
41. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud [en línea]. Bogotá D.C.: MINSALUD; 2016. [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
42. Giovanella L, Fidelis de Almeida P, Vega Romero R, Oliveira S, Tejerina Silva H. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saude Debate [en línea]. 2015 [citado 22 Ago 2020]; 39 (105): 300-322. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341748002.pdf>
43. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Aten Primaria [en línea]. 2013 [citado 29 Ago 2020]; 45 (7): 384-392. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf/S0212656713000413>
44. Del Carmen Sara JC. Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica [en línea]. 2019 [citado 29 Ago 2020]; 36 (2): 288-295. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-31460643>
45. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet [en línea]. 2018 [citado 29 Ago 2020]; 391(10136):2236-2271. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)

46. Suárez Jiménez JM. Desafíos para alcanzar universalidad con equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública [en línea]. 2010 [citado 22 Ago 2020]; 36 (3): 248-254. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2010.v36n3/248-254/>
47. Berlinski S, Gagete Miranda J, Vera Hernández M. Los problemas de salud, la pobreza y los desafíos de COVID-19 en América Latina y el Caribe [Blog en línea]. Nueva York: Departamento de Investigación del Banco Interamericano de Desarrollo; 2020 [citado 22 Ago 2020]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/ideas-que-cuentan/es/los-problemas-de-salud-la-pobreza-y-los-desafios-de-covid-19-en-america-latina-y-el-caribe/>
48. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención y gestión para áreas de salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2018. [citado 22 mar 2020]. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/index.php/noticias/temas-de-salud/send/72-documentos-sobre-la-salud/2088-modelo-de-atencion-y-gestion-para-areas-de-salud>
49. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; [201?]. [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
50. Torres Samuel M, Vasquez Stanescu CL. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. 2015 [citado 22 Ago 2020]; 18 (35): 57-76. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/880/88043199005.pdf>
51. Massip Perez C, Ortiz Reyes RM, Llanta Abreu M, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: Un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. 2008 [citado 22 Mar 2020]; 4(4): 1-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013
52. Pino Chavez W. Dimensiones de la calidad en salud [en línea]. [s.l]: Academia; 2020 [citado 22 Mar 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/27679580/DIMENSIONES_DE_LA_CALIDAD_EN_SALUD
53. Parodi Santa Cruz OM, Andres Pantigoso CL, Perry Carty KR. La calidad del servicio y su relación con la satisfacción del cliente del fanático Futbol Club Lima- noviembre 2016. [tesis Licenciado en Administración en línea]. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Facultad de Ciencias Administrativas y Ciencias Económicas; 2017. [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/f3f4/c283d7a683e92718182f3c06610d2e002c1b.pdf>

54. Arrascue Delgado JE, Segura Cardozo EB. Gestión de calidad y su influencia en la satisfacción del cliente en la clínica de fertilidad del norte Clinifer Chiclayo-2015. [tesis Licenciado en Administración de Empresas en línea]. Perú: Universidad Señor de Sipan, Facultad de Ciencias Empresariales; 2016. [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/uss/2283/Tesis%20de%20Arrascue%20Delgado%20y%20Segura%20Cardozo.pdf;jsessionid=5EF2A36CA5055009772AE643B36BC632?sequence=1>
55. Pástor Armijos DF. Medición y ponderación de dimensiones de calidad en departamentos de la ciudad de Quito, desde el punto de vista de potenciales clientes. [tesis Ingeniería Civil en línea]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ingeniería; 2016. [citado 24 Ago 2020]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12618/Medición%20Y%20Ponderación%20De%20Dimensiones%20De%20Calidad%20En%20Departamentos%20En%20La%20Ciudad%20De%20Quito%2C%20Desde%20El.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Velásquez Reyes TA. Evaluación del nivel de satisfacción de usuarios que asisten al servicio de emergencia de adultos en el hospital general San Juan de Dios en la ciudad de Guatemala en el periodo de marzo a mayo 2017. [tesis Maestría en salud pública con énfasis en gerencia y administración de servicios de salud en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar: Facultad de Ciencias de la Salud; 2018. [citado 24 Ago 2020]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/09/04/Velasquez-Tracy.pdf>
57. George Quintero RS, Laborí Ruiz R, Bermúdez Martínez LA, González I. Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. Rev Inf Cient. [en línea]. 2017 [citado 22 Ago 2020]; 96(6):1153-1163. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinficie/ric-2017/ric176r.pdf>
58. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea]. 23.^a ed. Madrid, España: RAE; 2019 [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/servicial>
59. Paz Calderón BL. Calidad de la atención nutricional en los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención del departamento de Sacatepéquez, Guatemala 2017. [tesis Licenciatura en Nutrición en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar: Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 24 Ago 2020]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/15/Paz-Brenda.pdf>

60. World Health Organization. Towards a common mapping tool for measurement in health service deliver [en línea]. Geneva: WHO; 2018. Capítulo, Summary of work undertaken so far. [citado 1 Sep 2020]; p. 11 - 16. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260555/WHO-HIS-SDS-2018.5-eng.pdf?ua=1>
61. Muñoz Seco E. Evaluación de la competencia de los médicos de familia en la práctica clínica en situación real. [tesis Doctorado en Medicina Interna en línea]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2015. [citado 24 Ago 2020]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_367691/ems1de1.pdf
62. Silva Junior D, Lima de Araújo J, Silveira Silva RT, Cosme do Nascimento EG. Privacidad y confidencialidad de los usuarios en un hospital general. Rev. Bioét [en línea]. 2017 [citado 22 Ago 2020]; 25 (3):285-95. Disponible: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/es_1983-8042-bioet-25-03-0585.pdf
63. Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos [en línea]. Ginebra: OMS; 2017. [citado 23 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=Accesibilidad%3A%20los%20establecimientos%2C%20bienes%20y,deben%20ser%20accesibles%20a%20todos.&text=Aceptabilidad%3A%20todos%20los%20establecimientos%2C%20bienes,sexo%20y%20del%20ciclo%20vital>
64. Ganga Contreras F, Alarcón Henríquez N, Pedraja Rejas L. Medición de calidad de servicio mediante el modelo SERVQUAL: el caso del Juzgado de Garantía de la ciudad de Puerto Montt - Chile. Rev. chil. ing. [en línea]. 2019 [citado 20 Ago 2020]; 27 (4): 668-681. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-33052019000400668
65. Ros Gálvez A. Calidad percibida y satisfacción del usuario en los servicios prestados a personas con discapacidad intelectual. [tesis Administración de Empresas en línea]. Murcia: Universidad Católica San Antonio, Escuela Internacional de Doctorado; 2016. [citado 24 Ago 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/1638/Tesis.pdf?sequence=1&i>
66. Torres Buenfil RG, Aguilar Erosa JA, Bolado García PB. Calidad percibida sobre la atención de enfermería en el servicio en la unidad de Cardiología de la UMAE-Mérida. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [en línea]. 2020 [citado 28 Ago 2020]; 18 (1): 5-14. Disponible: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2020/eim201b.pdf>

67. Campos Alvarado CC. Empatía y Habilidades Sociales. [tesis Licenciatura en Psicología Clínica en línea]. Guatemala: Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2017. [citado 25 Ago 2020]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Campos-Carmen.pdf>
68. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [en línea]. 2017 [citado 22 Ago 2020]; 55(1):82-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im171q.pdf>
69. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal [en línea]. Washington, D.C.: OPS; [201?] [citado 22 Ago 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es#:~:text=El%20acceso%20universal%20a%20la,así%20como%20a%20medicamentos%20de
70. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. [en línea]. Bogotá: MINSALUD; [actualizado 2020; citado 24 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCIÓN-EN-SALUD.aspx>
71. Seisamed. Seguridad y durabilidad de una construcción hospitalaria [Blog en línea]. México: Seisamed. May 2020 [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: <https://www.seisamed.com/seguridad-y-durabilidad-de-una-construccion-hospitalaria>
72. Chávez Montoya C, Quezada Barreto R, Tello Horna H. Calidad en el servicio en el sector transporte terrestre interprovincial en el Perú. [Magister en dirección de marketing en línea]. Perú: Universidad Pontificia Católica del Perú, Escuela de Posgrado; 2017. [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9587/CHAVEZ_QUEZADA_CALIDAD_INTERPROVINCIAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
73. Ramírez S. La estética en las diversas escalas de un hospital. [Blog en línea]. Virginia Garden, FL: Sebastián Ramírez. Ene 2018 [citado 26 Ago 2020]. Disponible en: <http://www.elhospital.com/blogs/La-estetica-en-las-diversas-escalas-de-un-hospital+123528>
74. World Health Organization. Quality in primary health care [en línea]. Geneva: WHO; 2018. [citado 1 Sep 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/quality.pdf?sfvrsn=96f411e5_2&ua=1

75. Yavich N, Báscolo E. Current primary health care practices and research challenges in Latin America. *Fam Pract* [en línea]. 2016 [citado 29 Ago 2020]; 33 (3): 205–206. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-27170142>
76. Kruk M, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health* [en línea]. 2018 [citado 1 Sep 2020]; 6: e1205-e1248. Disponible en: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(18\)30386-3.pdf#page=34](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(18)30386-3.pdf#page=34)
77. Sánchez Gutiérrez J, González Alvarado TE, Gaytán Cortés J, Pelayo Maciel, J. Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad. [en línea] Universidad de Guadalajara. RIICO; 2017. [citado 22 Ago 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319880589_SERVPERF_Medicion_de_la_satisfaccion_del_servicio_en_un_hospital_publico
78. Santos de Almeida R, Bourliataux Lajoinie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 2015 [citado 22 Ago 2020]; 31(1):11-25. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-01-00011.pdf>
79. Parasuraman AP, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple- Item Scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Rev Journal of retailing* [en línea] .1988 [citado 22 Ago 2020]; 64 (1): 12-40. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality
80. Numpaque Pacabaque A, Rocha Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Rev Fac Med* [en línea]. 2016 [citado 22 Ago 2020]; 64(4): 715-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v64n4/0120-0011-rfmun-64-04-00715.pdf>
81. Henao Nieto DE, Giraldo Villa A, Yepes Delgado CE. Instrumentos para evaluar la calidad percibida por los usuarios en los servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* [en línea]. 2018 [citado 28 Ago 2020]; 17(34):1–12. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=135057245&lang=es&site=ehost-live>

82. Matas A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión. Revista Electrónica de Investigación Educativa [en línea]. 2018 [citado 22 Ago 2020]; 20 (1): 38-47. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038
83. Fariño Cortez JE, Vera Lorenti FE, Cercado Mancero AG, Velasco Donoso AP, Limaico Noriega MJ, Saldarriaga Jiménez DG. Satisfacción de usuarios y calidad de atención en unidades primarias de Salud de Milagro. Revista científica INSPILIP [en línea]. 2018 [citado 4 Sep 2020]; 2 (2): 1-25. Disponible: <https://www.inspilip.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/Satisfacción-de-usuarios-y-calidad-.pdf>
84. Cronin JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. Journal of Marketing [en línea]. 1994 [citado 22 Ago 2020]. 58 (1): 125-131. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/1252256?seq=1>
85. Luna Grados MA. Consulta externa: satisfacción de pacientes atendidos en tres hospitales de referencia en Huancayo. [tesis Maestría Gestión y Administración de los Servicios de Salud en línea]. Perú: Universidad Peruana de los Andes: Facultad de Medicina Humana; 2018. [citado 4 Sep 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/347/LUNA%20GRADOS%2cMICOL%20ANDRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
86. Granado de la Orden S, Rodríguez Rieiro C, Olmedo Lucerón MC, García AC, Escribano DV, 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 en 2006. Rev Esp Salud Pública [en línea]. 2007 [citado 5 Sep 2020]; 81 (6):637-645. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242456941_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
87. Moscoso M, Villarreal Zegarra D, Castillo R, Bellido Boza L, Mezones Holguín E. Validez y confiabilidad de la escala de satisfacción de los usuarios de consulta médica ambulatoria en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. [en línea]. 2019 [citado 4 Sep 2020]; 36 (2): 167-77. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/4621/3311>

88. Astete Juárez Y. Factores asociados a la percepción de la calidad de atención del usuario externo del servicio de neurología del hospital Honorario Delgado Espinoza. [tesis Maestría en Ciencias: Administración y Gestión de Salud en línea]. Perú: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa: Unidad de Posgrado Facultad de Medicina; 2017. [citado 4 Sep 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2737/MDMasjuy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
89. Pison Cárcamo E, Diaz de cerio P. Valoración de la satisfacción de los pacientes ingresados en otorrinolaringología mediante la escala SERVQHOS. Rev. ORL [en línea]. 2019 [citado 4 Sep 2020]; 10 (2): 91-101. Disponible: <https://revistas.usal.es/index.php/2444-7986/article/view/orl.19038/19273>
90. Barragan Becerra JA, Manrique Abril FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. Rev av enferm [en línea]. 2010 [citado 5 Sep 2020]; 28 (2): 48-61. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/24244/1/21376-72786-1-PB.pdf>
91. Naranjo Guachichullca AP, Pineda Gómez SL. Determinación de la calidad percibida por los usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca. 2019. [tesis Médico y Cirujano en línea]. Ecuador: Universidad de Cuenca: Unidad de Posgrado Facultad de Ciencias Médicas; 2019. [citado 4 Sep 2020]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33491/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACIÓN.pdf>
92. Male L, Noble A, Atkinson J, Marson T. Measuring patient experience: a systematic review to evaluate psychometric properties of patient reported experience measures (PREMs) for emergency care service provision. International Journal for Quality in Health Care [en línea]. 2017 [citado 22 Ago 2020]; 29 (03): 314–326. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx027>
93. Reynaldos Grandón K, González Pinilla G, Guerra Díaz X, Gutiérrez Fuenzalida F, Santibáñez Muñoz L. Factores mal evaluados en encuestas de satisfacción aplicadas a usuarios de atención primaria en Latinoamérica. Revista Enfermería Actual [en línea]. 2017 [citado 22 Ago 2020]; (33): 99-110. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/enfermeria/n33/1409-4568-enfermeria-33-00099.pdf>

94. Campos DF, Negromonte Filho RB, Castro FN. Service quality in public health clinics: perceptions of users and health professionals. *Int J Health Care Qual Assur* [en línea]. 2017 [citado 23 Ago 2020]; 30 (8): 680-692. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-28958202>
95. Guanais F, Regalia F, Perez Cuevas R, Anaya, M. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe [en línea]. Washington D.C.: BID; 2018. Capítulo I, Contexto y desafíos de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe; [citado 20 Ago 2020]. p.10 -11. Disponible en: <https://books.google.com.gt/books?hl=en&lr=&id=2bF2DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=percepcion+de+la+calidad+de+atenci%C3%B3n+m%C3%A9dica+en+atenci%C3%B3n+primaria&ots=Ed4OYeqnUE&sig=WpHjbR9WivrpHk79qksu85awNs#v=onepage&q=percepcion%20de%20la%20calidad%20de%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20en%20atenci%C3%B3n%20primaria&f=false>
96. Ciapponi A, Lewin S, Herrera CA, Opiyo N, Pantoja T, Paulsen E, et al. Efectos de los planes de prestación de servicios para los sistemas de salud en países de bajos ingresos. *Cochrane Base de Datos de Revisiones Sistemáticas* [en línea]. 2017 [citado 29 Ago 2020]; 9 (011083): 1-7. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD011083/EPOC_efectos-de-los-planes-de-prestacion-de-servicios-para-los-sistemas-de-salud-en-paises-de-bajos

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de datos de buscadores y términos utilizados

Tabla 1 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados

Buscador	MeSH o DeCS, conectores lógicos	<i>Número de artículos</i>
Pubmed, JAMA	“Quality of Health Care” AND “Patient satisfaction survey report”	385
Pubmed	“Quality of Health Care” AND “Patient satisfaction survey report” AND “Latin America” And “Primary Health Care”	1
Pubmed	“Patient satisfaction and quality of care” OR “Patient satisfaction survey report”	10622
Pubmed, Cochrane	“Quality of Health Care” AND “Latin America”	20
Pubmed	“Perception of health care quality” AND “Latin America”	54
Pubmed	“Outcome and Process Assessment, Health Care” AND “Quality of Health Care”	67
BVS, Scielo	“Calidad de la Atención de Salud” AND “Satisfacción del paciente”	2281
BVS, EBSCO	“Calidad de la Atención de Salud” AND “Satisfacción del paciente” AND “America Latina” AND “Atención Primaria de Salud”	13,906
BVS, Scielo, EBSCO	“Percepción de la calidad de atención en salud” OR “Satisfacción del Paciente “	174
BVS	“Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud”	368
BVS, Scielo	“Calidad de la Atención de Salud”	6395

En la tabla se observa los buscadores, los MeSH y DeCS utilizados, con su total de artículos encontrados. MeSH: Medical Subject Headings DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2. Matriz del tipo de artículos utilizados en monografía según nivel de evidencia y del tipo de estudio propuesta por el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford

Tabla 2 Matriz del tipo de artículos utilizados en monografía según nivel de evidencia y del tipo de estudio propuesta por el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Término utilizado	Número de artículos
-----	Todos los artículos	No filtrados	1050
1 ^a	Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados	“Quality of Health Care” AND “Patient satisfaction survey report” [MeSH] “Quality in primary health care” [Tesauro OMS] “Calidad de la Atención de Salud” AND “Satisfacción del paciente” [DeCS]	13
1B	Ensayos clínicos controlados, Estudios de cohorte individuales con seguimiento mayor del 80%	“Quality of Health Care” AND “Patient satisfaction survey report” AND “Latin America” And Primary Health Care [MeSH] “Calidad de la Atención de Salud” AND “Satisfacción del paciente” AND “America Latina” AND “Atención Primaria de Salud” [DeCS]	11
2 ^a	Revisión sistemática de estudios de cohorte	“Patient satisfaction and quality of care” OR “Patient satisfaction survey report” [MeSH] “Quality in primary health care” [Tesauro OMS] “Quality of Health Care” AND “Latin America”	11
2B	Estudio individual de cohortes con seguimiento menor del 80%, Ensayos clínicos de baja de calidad	“Perception of health care quality” [MeSH] “Percepción de la calidad de atención en salud” OR “Satisfacción del Paciente” [DeCS]	10
3 ^a	Revisión sistemática de casos y controles	“Quality of Health Care” AND “Patient satisfaction survey report” AND “Latin America” And Primary Health Care [MeSH] “Calidad de la Atención de Salud” AND “Satisfacción del paciente” AND “America Latina” AND “Atención Primaria de Salud” [DeCS]	17
3B	Estudio individual de casos y controles	“Outcome and Process Assessment, Health Care” [MeSH] “Evaluación de Procesos y Resultados en Atención de Salud” [DeCS] “Quality of Health Care” AND “Patient satisfaction survey report” AND “Latin America” And Primary Health Care [MeSH] “Calidad de la Atención de Salud” AND “Satisfacción del paciente” AND “America Latina” AND “Atención Primaria de Salud” [DeCS]	24
4	Series de casos, estudios de cohorte y casos y controles de baja calidad	-----	0
-----	Literatura gris		10

En la tabla se observa el nivel de estudio, tipo y los MeSH y DeCS utilizados. Se empleó de base los niveles de recomendación y evidencia de Oxford (CEBM) MeSH: Medical Subject Headings DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3. Niveles de atención en salud

Tabla 3 Clasificación de los niveles de atención en salud

Nivel de atención	Establecimiento
Primer nivel	Centro comunitario de salud Puesto de Salud Centro de salud
Segundo nivel	Centro de atención permanente Centro de atención materno infantil Hospital Tipo I Centro de atención de especialidades
Tercer nivel	Hospitales tipo II, III, IV

En la tabla se observa detalladamente los establecimientos que pertenecen a cada nivel de atención, indicando el primer, segundo y tercer nivel respectivamente.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 4. Entrevista a Doctor Paul Antulio Chinchilla Santos

Guion de entrevista realizada a Doctor Paul Chichilla

Guion de entrevista completa realizada a Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos realizada el 07 de septiembre de 2020, enviada por correo electrónico. Claves: E: Entrevistador, Dr.: Doctor.

E: Buen día Doctor, muchas gracias por brindarnos el tiempo para poder realizar esta entrevista, únicamente para aclarar que las respuestas dadas son basadas en su experiencia como docente de la Universidad de San Carlos en el Área de Salud Pública.

1. E: ¿Cómo describiría a América Latina, desde el punto de vista de la atención médica en la salud pública?

Dr: América Latina tiene grandes sectores de la población sin acceso a los servicios de salud, debido a múltiples razones, siendo las más importantes, los pocos recursos destinados para ello, la organización y gestión deficiente, los altos costos de atención y déficit de cobertura en diversos programas. Aunado a esto, se vive una transición epidemiológica que complica aún más la situación, porque no se han logrado controlar los problemas primarios de salud y ya están encima las enfermedades crónicas no transmisibles.

2. E: ¿Cómo observa al primer nivel de atención del sistema de salud en América Latina?

Dr: En general es deficiente, salvo algunos países como Cuba, Costa Rica, Chile, Brasil, Uruguay, que tienen una excelente organización y enfoque en Atención Primaria.

3. E: ¿Qué es la percepción para usted?

Dr: Casi todas las Ciudades de América Latina han duplicado su población en aproximadamente 15 años, la población urbana alcanza más del 75%, las coberturas de servicios básicos son deficientes, la mortalidad infantil ha descendido, pero algunas regiones aún presentan tasas elevadas, al igual que la mortalidad infantil. El déficit de crecimiento es manifiesto, principalmente en Guatemala, Haití, Honduras.

4. E: ¿Puede la calidad de la atención médica estar influenciada por la percepción de los pacientes que la reciben?

Dr: La calidad de la atención médica está relacionada con la satisfacción de las necesidades de los pacientes que la requieren, de su contexto familiar y social y por lo tanto, en muchos casos esa percepción es mala.

5. E: ¿Cuál es su observación respecto a la atención médica en América Latina, es buena, regular, mala?

Dr: Depende de cada país, pero en términos generales es regular.

E: ¿Por qué?

Dr: Hay una agenda pendiente en relación a la atención médica, si bien es cierto que la salud no se logra solo con eso, forma parte de un desafío, porque un gran sector de las poblaciones en América Latina tiene grandes déficits en salud. Muchas necesidades y poca oferta.

6. E: ¿Ha notado avances en la mejora de la atención médica?, si la respuesta, es si, ¿Cuáles son los más significativos?

Dr: En Guatemala se ha logrado algunos avances a través de la extensión de cobertura de algunos programas, especialmente del área materno infantil.

7. E: ¿Qué dimensiones de la percepción son las que más denotan deficiencia, y deben reforzarse?

Dr: Efectividad, oportunidad, acceso, equidad e impacto en salud.

8. E: ¿Algún método para evaluar eficientemente la percepción de los pacientes?

Dr. Deben realizarse sistemáticamente encuestas de calidad de la atención, orientadas a la satisfacción de los usuarios.

9. E: ¿Cree pertinente tener un registro de la percepción de la población, la cual recibe la atención médica?

Dr: Por supuesto, como se mencionó anteriormente mantener un registro sistemático de la calidad de atención primaria y hospitalaria, que involucre a todo el sistema.

ANEXO 5. Instrumento Service Quality adaptada para puesto de salud

INSTRUMENTO SERVQUAL

A continuación, se le presentan 22 incisos los cuales deberá calificar según su percepción, tomando en cuenta los siguientes criterios:

1: Deficiente, 2: Muy Malo, 3: Malo, 4: Regular, 5: Bueno, 6: Muy Bueno, 7: Excelente,

NA: No aplica

Dimensión		NA	1	2	3	4	5	6	7
ELEMENTOS TANGIBLES									
1	El equipo es moderno								
2	La instalación física es atractiva								
3	El aspecto del personal es adecuado								
4	Hay carteles atractivos sobre promoción de salud								
FIABILIDAD									
5	El tiempo prometido, se cumplió								
6	Se mostró interés en resolver el problema								
7	Se desempeñó bien el servicio en su primera consulta								
8	Se proporcionan servicios que se prometieron previamente								
9	Se registraron los errores percibidos durante la consulta								
CAPACIDAD DE RESPUESTA									
10	Se mantuvo informado durante la consulta médica								
11	La atención médica fue dada en un tiempo prudente								
12	El personal de salud estuvo dispuesto a ayudarlo								
13	El personal de salud estuvo demasiado atareado durante su consulta								

SEGURIDAD									
14	Tuvo confianza con el personal de salud								
15	Se sintió seguro durante la consulta								
16	El personal de salud fue cortés con usted								
17	Las respuestas brindadas por el personal de salud le transmitieron confianza								
EMPATÍA									
18	Su problema fue individualizado por el personal de salud								
19	Se le brindó una consulta privada								
20	El médico le transmitió interés en su problema y dudas								
21	El personal de salud comprendió todas sus necesidades								
22	Los horarios de atención son convenientes								

Instrumento adaptado para puestos de salud del modelo SERVQUAL, donde se observa las cinco dimensiones correspondiendo a una totalidad de 22 preguntas, con valoración de tipo Likert de 1 a 7, donde 1 es lo mínimo y 7 es la mejor valoración.

Fuente: elaboración propia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS COMPLEMENTARIAS

- Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención y gestión para áreas de salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2018. Capítulo V, Modelo de atención y gestión; [citado 29 Ago 2020]; p. 19 - 79. Disponible en: <https://www.mspas.gob.gt/noticias/temas-de-salud/send/72-documentos-sobre-la-salud/2088-modelo-de-atencion-y-gestion-para-areas-de-salud.html>
- Candia Pérez O. Niveles de aplicación de metodología científica en las tesis de pregrado realizadas en la facultad de odontología de la Universidad de Chile durante los trienios 2002- 2003- 2004 Y 2007- 2008 - 2009. [tesis Cirujano dentista en línea]. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de odontología; 2013. [citado 20 Jun 2020]. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/117640/Candia_O.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Becerril-Montekio V, López-Dávila L. Sistema de salud de Guatemala. Salud pública Méx [en línea]. 2011 [citado 22 Jun 2020]; 53 (2): s197-s208. Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/15.pdf>

ÍNDICES ACCESORIOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de datos de buscadores y términos utilizados.....	68
Tabla 2 Matriz del tipo de artículos utilizados en monografía según nivel de evidencia y del tipo de estudio propuesta por el Centro de Medicina Basada en Evidencia de Oxford	69
Tabla 3 Clasificación de los niveles de atención en salud.....	70