



Universidad Tecnológica
de El Salvador



Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Investigadores:

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla

Marlon Elías Lobos Rivera



**Universidad Tecnológica
de El Salvador**

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Investigadores:

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla
Marlon Elías Lobos Rivera

Esta investigación fue subvencionada por la Universidad Tecnológica de El Salvador. Las solicitudes de información, separatas y otros documentos relativos a este estudio pueden hacerse a la dirección postal: Universidad Tecnológica de El Salvador, edificio *Dr. José Adolfo Araujo Romagoza*, Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social, Dirección de Investigaciones, calle Arce y 19.^a avenida Sur, 1045, o a jose.gutierrez@utec.edu.sv.



San Salvador, 2019

© *Copyright*

Universidad Tecnológica de El Salvador

362.1

G984e Gutiérrez Quintanilla, José Ricardo, 1964 -

slv Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario / José Ricardo Gutiérrez Quintanilla, Marlon Elías Lobos Rivera. -- 1ª ed. -- San Salvador, El Salv. : Universidad Tecnológica de El Salvador, 2019.

149 p. ; 23 cm. -- (Investigaciones ; v. 89)

URI <http://hdl.handle.net/11298/1142>

ISBN 978-99961-86-21-9

1. Salud pública-El Salvador-Investigaciones. 2. Servicios de salud- El Salvador-Investigaciones. 3. Administración de servicios de salud. I. Lobos Rivera, Marlon Elías, 1993 - coaut. II. Título.

BINA/jmh

Autoridades Utec

Dr. José Mauricio Loucel

Presidente Utec y Rector Honorario Vitalicio

Lic. Carlos Reynaldo López Nuila

Vicepresidente

Ing. Nelson Zárate Sánchez

Rector

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla
Marlon Elías Lobos Rivera

Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social

Licda. Noris Isabel López Guevara

Vicerrectora de Investigación y Proyección Social

Dra. Camila Calles Mínero

Directora de Investigaciones

Noel Castro

Revisión y corrección

Mauricio Gálvez

Diseño de carátula

Fotografía de carátula: Shutterstock.com

Licda. Evelyn Reyes de Osorio

Diseño y diagramación

PRIMERA EDICIÓN

150 ejemplares

Octubre, 2019

Impreso en El Salvador

Por Tecnoimpresos, S.A. de C.V.

19 Av. Norte, n°. 125, San Salvador, El Salvador

Tel.:(503) 2275-8861

Notas de los autores

Agradecimientos y reconocimientos

Para Marvin Josué Flamenco Cortez, Flor de María Alvarado Sánchez, Isaí Natanael Carranza Morán, Josefina Evelyn Pacas Barrera, Karla Stefannía Noyola Martínez, Kelly Vanessa Pineda González, Lorena del Carmen López Arbaiza, Ana Margarita Serrano Clemente, Víctor Manuel Umanzor Gómez, Jessica Lorena Cruz Carpio, Yessenia Lizeth Panameño Ardón, Sara Abigail Rivas Benavides Silvia Verónica Rivas, David Israel Aguiluz González, Eric Alexander López Cárcamo y Cruz Amílcar Villanueva López, graduados y egresados de Psicología, quienes con mucho empeño, dedicación y responsabilidad participaron en la administración de las pruebas a los participantes del estudio, y además fueron los responsables de tabular y procesar los datos en el programa estadístico SPSS.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
<i>Formulación del problema</i>	8
<i>Justificación</i>	11
MARCO TEÓRICO	13
<i>Antecedentes de la calidad de los servicios de salud</i>	13
<i>Descripción del sistema de salud salvadoreño</i>	17
<i>Base teórica</i>	24
<i>Modelo de institucionalización de la garantía de calidad</i>	31
<i>Institucionalización de la garantía de calidad como un proceso</i>	31
<i>Principios de garantía de calidad en salud (GC) en países en desarrollo</i>	33
<i>Las actividades básicas de la garantía de calidad</i>	35
<i>Estándares psicométricos en la construcción de pruebas</i>	37
ESTUDIO 1	47
MÉTODO	47
<i>Participantes</i>	47
<i>Instrumentos</i>	48
<i>Procedimientos</i>	51

RESULTADOS.....	52
<i>Análisis psicométricos.....</i>	52
<i>Análisis de confiabilidad.....</i>	57
<i>Análisis descriptivo.....</i>	63
<i>Análisis inferencial.....</i>	75
<i>Correlaciones.....</i>	83
DISCUSIÓN	84
ESTUDIO 2	89
<i>Método</i>	89
<i>Participantes</i>	89
<i>Instrumentos.....</i>	91
<i>Procedimientos.....</i>	92
RESULTADOS.....	93
<i>Análisis descriptivo.....</i>	93
<i>Análisis inferencial.....</i>	106
DISCUSIÓN	117
RECOMENDACIONES	121
REFERENCIAS.....	123
ADJUNTOS	129
BREVE HOJA DE VIDA DE LOS INVESTIGADORES	133
COLECCIÓN INVESTIGACIONES 2003 – 2019	134

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está constituida en dos estudios. En general, se realizó una revisión de antecedentes de estudios previos y una revisión de la base teórica existente sobre la calidad de atención de los servicios de salud, a escala nacional e internacional. En cada estudio se aplicaron diferentes métodos de análisis y discusión.

El estudio 1 tuvo como objetivo construir y validar un instrumento que mida la calidad de atención de los servicios de salud en El Salvador. Para ello se diseñó un instrumento basándose en la teoría de diferentes autores e instituciones especializadas en la evaluación de la calidad de atención de los servicios de salud (Donabedian, 1966; QAP, 2004; OPS/OMS, 2007; Ministerio de Salud de El Salvador, 2017), preseleccionando un conjunto de dimensiones o componentes que representan la calidad de los servicios de salud. El tipo de estudio es instrumental (Montero & León, 2007), con un diseño retrospectivo. Se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencionado en personas que hayan asistido en un período de 6 meses a un centro de atención de la salud. La muestra fue de 463 personas. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 35.73 años, con una *SD* (estándar desviación) de 13.39. En los hombres, la media de edad es de 34.73 años, con *SD* de 13.31; y en las mujeres, de 36.23 años, con *SD* de 13.40. Referente a las variables sociodemográficas, 297 (64.3 %) son mujeres y 165 (35.7 %) hombres. Otras variables sociodemográficas son centro de salud (institución) a la que ha asistido, residencia, rangos de edad y estado civil.

En los resultados, se tiene que el instrumento Escala de medición de la calidad de atención de los servicios de salud (ECASS) quedó conformado por 50 reactivos y con una estructura factorial moderadamente diferente a la original. En este sentido, el análisis factorial configuró los siguientes cinco componentes o dimensiones: *proceso-resultado, estructural/institución, actitud diligente, accesibilidad/oportunidad y distancia del centro de salud*. Cabe destacar que las propuestas del proyecto de garantía de calidad [QAP] (2004) y el Ministerio de Salud de El Salvador [Minsal] (2017) consideran las competencias profesionales y la estructura/institución como dimensiones independientes entre sí; mientras Donobedian (1966) incluye las competencias técnicas de los profesionales en la dimensión estructura/institución. El análisis factorial incluyó las competencias profesionales del médico en proceso-

resultado; mientras las competencias del personal de salud (no médico), las relaciones interpersonales, la eficacia, eficiencia del servicio y la prontitud del servicio, configuraron la dimensión actitud diligente. Aunque Donabedian (1966) incluye la eficiencia y eficacia en proceso-resultado. El análisis factorial, mediante componentes principales, arrojó un conjunto de índices métricos de validez de constructo, indicando que la prueba posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la calidad de atención de los servicios de salud, desde la percepción del usuario. También, los índices de confiabilidad mediante la consistencia interna alfa de Cronbach son superiores a .70. Las cinco dimensiones explican el 60,46 % de la varianza total. El análisis factorial y el análisis de consistencia interna permitieron demostrar que el instrumento posee adecuados índices psicométricos de validez y confiabilidad en El Salvador.

El objetivo del estudio 2 fue evaluar la calidad de atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario. Es un estudio de tipo *ex post facto* (Montero & León, 2007). Se aplicó un diseño retrospectivo, con un muestreo probabilístico por conglomerados en personas que hayan asistido en los últimos 6 meses a un centro de atención de la salud. Se adoptó un nivel de confianza de 95 % y un error estimado de 2,8 %, arrojando una muestra de 1.225 personas a escala nacional. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 35.73 años, con una *SD* de 13.39. En los hombres, la media de edad es de 36.42 años, con *SD* de 12.97; y en las mujeres, de 32.97 años, con *SD* de 10.98. Con referencia a las variables sociodemográficas, 606 (49.7 %) son mujeres y 614 (50.3 %) hombres.

El instrumento utilizado fue la Escala de calidad de atención de los servicios de salud (ECASS), estructurada en cinco dimensiones. Para el presente estudio se obtuvieron los siguientes índices de fiabilidad: en la dimensión proceso resultado se obtuvo un índice de fiabilidad de .94; en la dimensión estructura/institución se obtuvo un índice de fiabilidad de .90; en la dimensión actitud diligente se obtuvo un índice de .89; en la dimensión accesibilidad/oportunidad se obtuvo un índice de .88; y en la dimensión distancia del centro de salud se obtuvo un índice de .73. En los resultados, se tiene el análisis descriptivo de la percepción del usuario sobre la calidad de los servicios de salud. Los indicadores que presentan un mayor puntaje de aceptación están entre 55 a 63 % de ponderación, valorados como buenos o muy buenos. Sin embargo, hay

un grupo de indicadores de la calidad de los servicios de salud que están entre malos y deficientes, que tienen prevalencia de porcentajes altos o muy altos; entre estos se tienen: inadecuadas actitudes del personal de salud, mala atención del sistema nacional de salud (SNS), largo tiempo de espera entre citas, largo tiempo de espera el día de la consulta, malos o deficientes horarios de atención médica de emergencia y consulta general, difícil acceso al médico especialista, la atención brindada por la enfermera fue mala o deficiente y pobre seguimiento de la enfermedad entre citas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Formulación del problema

El tema de la calidad es tan antiguo como la civilización misma, al parecer inició en el año 2150 AC. En Mesopotamia, el Código Hammurabi (regla 229) establecía que “si un constructor construye una casa sin buena resistencia y mueren los ocupantes, debía ser ejecutado”. El concepto de *calidad*, en el campo de la industria y las empresas, tiene su desarrollo y máxima expresión durante el siglo XX. Es en la década de los 60 que Avedis Donabedian (1966) plantea que los principios de calidad debían aplicarse en los servicios sanitarios. Las dimensiones que planteó son *estructura (institución), proceso y resultados*. El principio de calidad se aplicó inicialmente a la producción de objetos y materiales, seguidamente al proceso de producción, a la organización y por último al sujeto. Medir la calidad de los servicios que prestan las instituciones del Estado es una tarea compleja y aún muy incipiente en los países en desarrollo como El Salvador. Frecuentemente se habla de calidad del servicio y calidad del producto en el mundo empresarial y de los negocios. Sin embargo, el tema es poco abordado y discutido en las instituciones públicas, particularmente los establecimientos de salud.

El SNS salvadoreño, ya ha iniciado la implantación de un sistema de garantía de calidad (SGC), que incluye tanto al subsector público como al sector privado, desde la perspectiva institucional. En la Política Nacional de Salud (2015-2019), se consigna “impulsar en cada institución del Sistema Nacional de Salud (SNS), de acuerdo con su estructura y funcionamiento, un Sistema de Gestión de Calidad, tendiente a su futura integración en un sistema único”. También

existe el documento regulatorio de los “Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las redes integrales e integradoras de los servicios de salud” (Minsal, 2012), desarrollado por la Dirección Nacional de Hospitales y en coordinación con la Dirección del Primer Nivel de Atención, definiendo el Modelo de Mejora Continua de la Calidad. En este documento regulatorio del modelo de garantía de calidad (GC), se plantea la organización del modelo de calidad. En la organización se menciona el Comité Nacional de Calidad Hospitalaria, un comité consultivo, la Unidad de Monitoreo y Evaluación Hospitalaria (regional), Unidad Organizativa de Calidad (nivel local: hospitalario y primer nivel de atención). Para cada unidad organizativa se mencionan los cargos y las actividades por desarrollar. También, en los lineamientos del Modelo de Garantía de Calidad (MGC), se plasman los indicadores, los instrumentos y los estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud en sus distintas áreas especializadas que prestan los establecimientos de salud. Sin embargo, se puede observar en los documentos discrecionalidad de los directores de los establecimientos de salud sobre el cumplimiento del modelo de GC. Asimismo, el personal asignado al trabajo del SGC ya tiene funciones propias de su cargo laboral, es decir, existe duplicidad de funciones. Tampoco se observa en ningún documento la asignación de recursos financieros para el MGC. No se señala una metodología de investigación estadística para evaluar periódicamente el MGC implantado, que facilite hacerle los ajustes pertinentes. Estos últimos factores podrían incidir negativamente en el cumplimiento del SGC en el SNS.

Los estudios o evaluaciones de la GC en los sistemas de salud tienen tres enfoques: desde la perspectiva institucional, desde la perspectiva de los prestadores de servicios de salud y desde la perspectiva del usuario del servicio de salud. El primero es un MGC organizado y ejecutado por la institución de salud. La descripción del MGC que se hizo anteriormente, y que es implantado por el Minsal en el subsector público de salud salvadoreño, es un buen ejemplo de SGC institucional. El segundo es el SGC desde los prestadores de servicios de salud, este estaría conformado por la GC instalada por los hospitales, clínicas, centros de salud, profesionales independientes, servicios de transporte, fundaciones e instituciones de salud no estatales. La perspectiva de la calidad de los servicios de salud, desde la percepción del usuario o de satisfacción de los servicios salud, es un abordaje que consiste en evaluar y analizar el grado de aceptación o satisfacción de los usuarios

o pacientes de los servicios de salud. Los tres enfoques de GC tienen como propósito la calidad de los servicios de salud y la satisfacción del usuario. La aplicación de más de un enfoque para evaluar la calidad de los servicios de salud resultaría en un mejor mecanismo de análisis y aproximación a los problemas de satisfacción de los servicios de salud; aunque resulta casi improbable desarrollar más de un enfoque paralelamente debido a los costos que esto supone. En un sentido muy amplio, el objetivo del presente estudio es evaluar la calidad de atención de los servicios de salud salvadoreños desde la perspectiva de los usuarios.

La investigación está organizada en dos estudios. El primero (2017) consiste en la “construcción y validación de instrumento para evaluar la calidad de atención de los servicios de salud en El Salvador”, y el segundo (2018), en “evaluar la calidad de atención en los servicios de salud del sistema de salud salvadoreño”. Para el desarrollo del primer estudio se han revisado diferentes modelos y enfoques que señalan y describen las características, dimensiones o criterios técnicos que deben medirse en la evaluación de la calidad de los servicios de salud. En este sentido, se han seleccionado las dimensiones de calidad de atención a la salud que propone Donabedian (1966), como son *estructura, proceso, resultado y accesibilidad/oportunidad*. También se han incluido algunas dimensiones que propone el Minsal (2017), como las siguientes: *competencias técnicas* (profesionales), *actitud diligente* (eficacia y eficiencia) y *satisfacción del usuario*.

Para desarrollar el primer estudio, el equipo de trabajo se planteó los siguientes objetivos: 1. Operacionalizar en indicadores las características del constructo de calidad de los servicios de salud, 2. Diseñar un conjunto de reactivos representativos de las dimensiones de calidad de la salud, 3. Elaborar los análisis psicométricos de confiabilidad y validez de constructo para determinar la dimensionalidad del instrumento de medición de calidad de los servicios de salud y 4. Determinar si existen diferencias estadísticas en las dimensiones de calidad de salud en función de algunas variables sociodemográficas. Ante los objetivos descritos surgen, entre otras, las siguientes preguntas de investigación: ¿con que estructura factorial o dimensiones quedaría conformado el instrumento final de medición de la calidad de salud? y ¿tendrá el instrumento final los criterios estadísticos de confiabilidad y validez pertinentes para medir la calidad de los servicios de salud en El Salvador?

Para el estudio 2, se plantearon los objetivos, general: evaluar la calidad de los servicios que presta el sistema de salud salvadoreño,

desde la percepción del usuario; específicos: describir la incidencia por dimensión y percepción global de la calidad de los servicios de salud de la población salvadoreña; determinar si existen diferencias en la calidad de los servicios de salud al compararlos por región del país; determinar si existen diferencias estadísticas en las dimensiones de calidad de salud en función de variables como: sexo, centro de salud, residencia y costos de la salud. Ante estos objetivos, surgen las siguientes preguntas: ¿cuál será *la prevalencia* de los problemas de la calidad de los servicios de salud del SNS? y ¿existirán diferencias estadísticas de la calidad de los servicios de salud en función de la institución, la región del país y los costos de la salud?

Justificación

El estudio surge como respuesta a la necesidad expresada por algunos prestadores de servicios de salud, por la observación de quejas constantes de la población relacionada con la calidad de los servicios de salud y como un esfuerzo de medición del recién instalado modelo de GC en el sistema salvadoreño de salud. El propósito del estudio, organizado en dos fases, es la construcción y validación de una escala de medición de las dimensiones de calidad de los servicios de salud del país para evaluar la percepción de la calidad de los servicios del SNS, desde la perspectiva del usuario. Destacar que en las instituciones del Estado salvadoreño no existen sistemas GC en los servicios que prestan. Ejemplo de ello, es que en la actualidad se está desarrollando un proceso de difusión y talleres de autoevaluación de GC basados en la Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública (XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, 2008) con las instituciones del Estado, organizadas en la Red de la Calidad, coordinada por la Secretaria Técnica y de Planificación de la Presidencia de la República. La carta fue adoptada por El Salvador en el año 2008. Sin embargo, es el Minsal la institución pionera en tener instalado un SGC en el sector público salvadoreño.

En las últimas tres décadas, el sistema de salud salvadoreño se ha caracterizado por estar en constante reforma y organización, que en el caso del subsistema público obedece a los cambios de gobiernos. Toda reforma tiene como principio la mejora del sistema, pero también obedece a la perspectiva sociopolítica de los servicios de salud que tiene el gobierno de turno. En la mayoría de estas reformas, la instalación de un SGC de los servicios de salud no ha sido priorizado por el Estado. Es en la anterior administración que el sistema de salud salvadoreño organiza e instala

un MGC con fortalezas y debilidades. Debido a que el MGC instalado no dispone de una estrategia metodológica de medición e investigación de la calidad de los servicios de salud, desde la percepción del usuario, que indique el grado de satisfacción por los servicios recibidos. El equipo investigador se ha trazado, en la primera fase, la construcción y validación de un instrumento que mida las características o dimensiones más importantes que debe cumplir la calidad de los servicios de salud. Este instrumento de medida, será un aporte valioso, tanto para el sistema de salud salvadoreño, los profesionales especializados en sistemas de calidad como para los sistemas de salud de otros países. También, el instrumento será la herramienta principal para la segunda fase del estudio, el cual consistirá en desarrollar una evaluación de la calidad de los servicios del sistema de salud salvadoreño, desde la percepción del usuario y su grado de satisfacción. Los resultados obtenidos en el estudio 2, realizados a escala nacional, serán de utilidad práctica debido a que describirán las falencias y fortalezas del MGC instalado en sistema de salud. Estos datos estadísticos son insumos valiosos para la toma de decisiones; para corregir, orientar y mejorar las áreas deficientes encontradas, y para continuar reforzando las dimensiones bien evaluadas. Al final, el informe proveerá de una discusión y conclusión relacionadas con la percepción de la calidad de los servicios de salud experimentados por la población salvadoreña. También, el informe brindará la oportunidad para que el equipo de trabajo formule una serie de recomendaciones al SNS para mejorar los servicios de salud que se prestan en el país. De igual forma, brindará luces sobre la efectividad del MGC instalado en el Minsal.

Es importante destacar que la presente investigación responde directamente al objetivo 3, Salud y bienestar, de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), planteados para ser cumplidos entre 2015-2030. Concretamente se corresponde con las políticas públicas de salud en el área de gestión y gerencia de la salud. También el estudio obedece al Plan Quinquenal de Desarrollo del gobierno salvadoreño en la línea de políticas públicas de salud. Por otra parte, la Ley de Educación Superior, en el artículo 34, plantea que las universidades deben hacer investigación en las áreas del conocimiento que forman profesionales. Según la referida ley, la carrera de Psicología se incluye en el área de salud, y es regulada por el Código de Salud, el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y la Junta de Vigilancia de la Profesión en Psicología.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes de la calidad de los servicios de salud

A principios de 1900, la realidad hospitalaria en Estados Unidos (EE. UU.) indicaba que existían grandes déficits y que los establecimientos no eran más que pensiones para los pacientes necesitados, sin que existiera un responsable del cuidado suministrado; no se examinaba adecuadamente a los pacientes, los registros clínicos eran malos. Estas y otras conclusiones surgen en 1910 del Informe Flexner, así denominado en virtud de que su autor, Abraham Flexner, es considerado el iniciador de las grandes transformaciones que tuvo la atención médica en EE.UU. en el siglo XX. Este documento constituye un importantísimo informe publicado sobre la mala calidad de los servicios médicos en dicho país. Puede afirmarse que las duras críticas formuladas por Flexner tuvieron eco, tanto en las sociedades médicas como en las autoridades de salud. Como consecuencia de estos y otros factores, en 1912 se funda el Colegio Americano de Cirujanos. Entre los objetivos centrales de la nueva institución, figuró la necesidad de desarrollar un sistema de estandarización hospitalaria (Williams, 1997).

Luego de realizarse una importante reunión de especialistas en Chicago, en 1917, se estableció formalmente, en 1918, el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales. En lugar de medir los resultados finales, el programa midió el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado. El resultado de dicha iniciativa, en 1919, fue el informe de que solo 89 hospitales habían cumplimentado los estándares y que 692 (de más de 100 camas) habían sido rechazados. Estas conclusiones fueron consideradas en su época como catastróficas, por lo cual fueron quemadas las listas identificativas de los establecimientos a fin de evitar su difusión. No obstante, 109 hospitales corrigieron sus deficiencias. En 1966 la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales), emprendió una revisión de los estándares, entendiendo que la mayoría de los hospitales de EE.UU. había logrado cumplimentar los estándares mínimos (Williams, 1997).

La evaluación de los servicios de salud de este país inicia en la década de los años 50 del siglo XX con la acreditación de calidad de atención en los hospitales. En este contexto, surgen muchas propuestas en diferentes estados; por ejemplo, las de Chicago, Washington y la

de la Escuela de Salud Pública de Illinois, todas ellas centradas en la construcción de estándares para evaluar la calidad de los servicios de salud. De esta forma, aparece el Proyecto Oliver, (2005) que construye el Programa nacional de estándares de desempeño de la salud pública de EE.UU. (por sus siglas en inglés, NPHPSP), el cual establece los siguientes cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública: a) cumplimiento entre el 75 y el 100 %) = *Sí*; b) cumplimiento entre el 51 y el 75 % = *Parcialmente alto*; c) cumplimiento entre el 26 y el 50 % = *Parcialmente bajo*; y d) cumplimiento < 25 %) = *No*, facilitando herramientas normalizadas para medir la calidad de la atención en salud pública.

En América Latina, es a partir de los años 70 que surgen algunos esfuerzos, especialmente en Brasil, Argentina y Colombia, los cuales no han tenido mayor importancia. En El Salvador se desarrolló un proyecto de programa nacional de gestión de evaluación de calidad en los servicios de salud para ser implantado en el quinquenio 2004-2009, pero nunca se concretizó.

El informe conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y el Grupo Banco Mundial (2018) plantean que los servicios de salud de baja calidad están frenando el avance de las mejoras en el ámbito de la salud en países de todos los niveles de ingreso. En todos los países abundan los diagnósticos imprecisos, los errores de medicación, los tratamientos inapropiados o innecesarios, las instalaciones o prácticas médicas inadecuadas o inseguras, o los prestadores que carecen de suficiente capacitación y experiencia. Esta situación empeora en los países de ingreso bajo y medio, donde el 10 % de los pacientes hospitalizados puede contraer una infección durante su internación, en comparación con el 7 % en los países de ingreso alto. Se han observado algunos avances en el mejoramiento de la calidad, por ejemplo, en las tasas de supervivencia del cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Aun así, se estima que los costos económicos y sociales más amplios de una atención de baja calidad, que incluyen las discapacidades a largo plazo, los deterioros y la pérdida de productividad, ascienden a billones de dólares cada año. La buena salud es la base del capital humano de una nación, y ningún país puede permitirse tener una atención de la salud que sea insegura o de baja calidad. Yong Kim, presidente del Grupo Banco Mundial, expresa: “La atención de baja calidad afecta de manera desproporcionada a los pobres, lo cual no solo es reprochable desde el punto de vista moral,

sino que también resulta económicamente insostenible para familias y países enteros". Algunas conclusiones del informe: Los trabajadores de la salud de siete países africanos de ingreso bajo y medio solo fueron capaces de realizar diagnósticos precisos del 33 al 75 % de los casos, y las directrices de práctica clínica sobre enfermedades comunes se siguieron en menos del 45 % de las veces, en promedio. De acuerdo con investigaciones realizadas en ocho países del Caribe y África con mortalidad alta, los servicios de atención de la salud materno-infantil eficaces y de calidad son mucho menos comunes de lo que se piensa al observar solamente el acceso a los servicios. Por ejemplo, se atendió al 28 % en cuidados prenatales, el 26 % de los servicios de planificación familiar y el 21 % de la atención de niños enfermos, la calificación fue "eficaz" en esos países.

Un estudio realizado en México (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar & Nigenda-López, 1998) mostró que, en la percepción general de los usuarios sobre la calidad de los servicios de la salud, para el 81.2 % fue buena y que para el 18% fue mala. Entre los usuarios que utilizaron los servicios de la seguridad social, el 26 % percibe que la calidad de la atención fue mala, mientras que entre los que recurrieron a los servicios privados esta percepción es del 10 %. Los usuarios de otras instituciones públicas y la Secretaría de Salud coinciden en una mala percepción, con 19 y 18 %, respectivamente.

Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el trato personal (23.2 %) y la mejoría en salud (11.9 %); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23,7 %) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7 %). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8 %), del resultado (21.3 %), de la estructura (18.0 %) y de la accesibilidad (15.7 %). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2 %) y los largos tiempos de espera [11.8 %] (Ramírez-Sánchez et al., 1998).

En el autoestudio cualitativo del Ministerio de salud pública y asistencia social salvadoreño, MSPAS, (2005) se enfatizó en los problemas de la suficiencia y preparación del recurso humano, las deficiencias en la gestión de insumos asistenciales, insuficiente monitoreo y supervisión, falta de estandarización en la prestación de los servicios de salud y

la ausencia de un sistema de categorización. En estudio realizado en El Salvador por Gutiérrez-Quintanilla (2009), encontró que 63.4 % de la muestra expresa que la atención del sistema de salud público salvadoreño era mala, mientras que 70.8 % manifiesta que los tiempos de espera entre una cita y la otra son muy largos, y 68.4 % dice que el acceso al médico especialista es sumamente difícil.

En estudio realizado (Gutiérrez-Quintanilla & Lobos-Rivera, 2017) sobre la calidad de los servicios de salud en el departamento de San Salvador, se encontraron las siguientes frecuencias: con referencia a si el centro de salud está limpio y ordenado, 190 (41.1 %) expresan que es deficiente o malo, mientras que 272 (58.9 %) dicen que es bueno o muy bueno; con respecto a la comodidad básica del paciente cuando tiene consulta externa, 268 (58.1 %) personas expresan que es deficiente o mala, mientras que 193 (41.9 %) dicen que es buena o muy buena; en relación con la atención que recibe de la enfermera(o), 267 (57.7 %) dicen que es deficiente o mala, mientras que 196 (42.3 %) manifiestan que es buena o muy buena. Al preguntar sobre la medicina indicada por el médico, 192 (41.5 %) personas expresan que es deficiente o mala, mientras que 271 (58.5 %) dicen que fue buena o muy buena. Referente al tratamiento que le indico el médico para curar la enfermedad, 177 personas (38.3 %) dicen que fue deficiente o malo, mientras que 285 (61.7%) dicen que fue bueno o muy bueno.

En relación con la atención general del sistema de salud salvadoreño, 314 personas (67.8 %) expresan que es deficiente o mala, mientras que 149 (32.2 %) dicen que es buena o muy buena. Al referirse a la mejora de su salud después de la visita al centro de salud, 179 personas (40.2 %) dicen que fue deficiente o mala, mientras que 266 (59.8 %) manifiestan que fue buena o muy buena. Con respecto a la accesibilidad por la distancia a un centro de salud, 192 personas (42.0 %) dicen que es deficiente o mala, mientras que 265 (58.0 %) dicen que es buena o muy buena. En cuanto a los costos en dinero para asistir a una consulta médica, 266 personas (57.6 %) expresan que son altos, mientras que 196 (42.4 %) dicen que son baratos o económicos. En referencia al tiempo de espera entre una cita y la otra, 316 (68.5 %) expresan que es deficiente o malo, mientras que 145 (31.5 %) dicen que es bueno o muy bueno. Con referencia a si al presentarse a la consulta médica el tiempo de espera fue, 317 personas (69.1 %) expresan que fue largo o malo, mientras que 142 (30.9 %) dicen que fue bueno o corto.

Descripción del sistema de salud salvadoreño

El sistema de salud salvadoreño está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público incluye al Minsal, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), el comando de Sanidad Militar, el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM) y el Fondo Solidario para la Salud (Fosalud), que guarda una estrecha relación con el Minsal. Las fuentes de financiamiento del Minsal son el Estado y la cooperación internacional. El ISSS, el ISRI, Sanidad Militar y el ISBM se financian con contribuciones de los patrones, los trabajadores afiliados y el Estado. Cada una de estas instituciones cuenta con su propia infraestructura (hospitales y centros de salud) y sus propios recursos humanos, excepto el ISBM. El ISSS atiende a los trabajadores del sector formal y a los pensionados, y sus respectivas familias. El ISRI cubre a las personas con capacidades especiales y a los adultos mayores. El ISBM cubre a los educadores y sus familias. Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y a particulares que pagan por sus servicios. Finalmente, el Minsal cubre a toda la población no asegurada, en su mayoría trabajadores del sector informal, desempleados y personas en condición de pobreza, que representa cerca del 75 % de la población. En el sector privado están las entidades lucrativas y no lucrativas. Las primeras se financian sobre todo con pagos de bolsillo y atienden solo a las personas con capacidad de pago. Las entidades privadas no lucrativas incluyen a las iglesias y organizaciones no gubernamentales, y se financian principalmente con donaciones. Estas entidades atienden a la población sin acceso a los servicios de salud mencionados. El Minsal es el ente rector del sistema de salud de El Salvador, encargado de dirigir las políticas de salud y normar el sistema (Acosta, Sáenz, Gutiérrez & Bermúdez. 2011).

Para el año 2016, el Ministerio de Economía y la Dirección General de Estadística y Censos (2016), mediante la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM), reporta que la población total del país fue de 6.459.911 personas, de las cuales 4.028.038 residen en el área urbana y 2.431.873 en la rural, lo que en términos relativos representa el 62.4 y 37.6 %, respectivamente. En esta misma línea, se destaca que en el área metropolitana de San Salvador (AMSS) se concentra el 27.5 % del total de la población del país, es decir, 1.773.436 habitantes. Una característica fundamental es que la población es mayoritariamente joven, puesto que el 55.0 % de la población es menor de 30 años, mientras que el 12.0 %

tiene una edad de 60 años y más. Por su parte, la relación de dependencia, que se refiere a la proporción de la población económicamente inactiva, establecida entre los menores de 15 años y los de 65 años y más, con respecto a la activa, es decir, el grupo etario de 15 a 64 años de edad, fue del 53.9 %.

En términos teóricos el anterior es un dato positivo, en tanto que el país cuenta con una población en edad productiva mayor con respecto a la improductiva. De hecho, la relación para 2015 fue de 55 persona activas contra 45 inactivas de cada centenar de personas. Al diferenciar la población por sexo, los datos proporcionados por la encuesta muestran que las mujeres representan el 52.5 % de la población total del país y los hombres el 47.5%, obteniéndose un índice de masculinidad de 0.91, es decir, que existen en el país 91 hombres por cada 100 mujeres. En la zona urbana, este índice es de 0.88, y en la rural, de 0.95 (EHPM. 2016). El promedio de años de escuela es de 6.6 en 2014; el analfabetismo es de 10.8 a escala nacional. Se observan también brechas en términos de área geográfica de residencia. Por su parte, en el área urbana la tasa de analfabetismo es de 6.9 %, mientras que en la rural esta tasa es de 17.6 %. El área metropolitana de San Salvador (AMSS), reporta una tasa de analfabetismo de 4.1 %. El ingreso nacional per cápita (valor corriente en US\$) es de 3.920.00, el crecimiento medio anual del producto interno bruto (PIB) es de 2.0 %, el coeficiente GINI es de 43.5 (OPS/OMS. 2016) en El Salvador.

La esperanza de vida al nacer de los salvadoreños es de 73.5 años, siendo de 68.8 años para los hombres y 77.9 para las mujeres (OPS/OMS. 2016). Existe un alto índice de emigración de la población salvadoreña, que busca en otros países, principalmente Estados Unidos, mejores condiciones de vida. Esto se refleja en la estructura poblacional: a partir de los 20 años los hombres empiezan a representar una proporción decreciente de la población total. Por lo que se refiere al envejecimiento de la población, la proporción de personas de 65 años y más ha crecido a 6 %, y se espera que alcance 16 % en 2050. En El Salvador sigue habiendo importantes rezagos en materia de vivienda, acceso a agua potable y servicios sanitarios, y nutrición. No sorprende, por lo tanto, que en la población infantil predominen las enfermedades diarreicas, parasitarias y respiratorias, y los padecimientos asociados con la desnutrición. La mortalidad infantil en el país asciende a 17.3 por 1000 nacidos vivos, menores de un año. La razón de mortalidad materna es de 27.4 por 100.000 nacidos vivos registrados (Minsal, 2016). En la población adulta,

además de las enfermedades no transmisibles, hay una alta incidencia de lesiones intencionales y no intencionales.

En cuanto a los recursos del sistema de salud salvadoreño, se tiene que el presupuesto en salud es de 6.8 % en relación con el porcentaje del PIB (OMS. 2016), mientras que en otros países supera el 18 %. El gasto per cápita en salud en 2017 fue de \$291.00 por persona (Minsal, 2018), mientras que en los países desarrollados esta cifra ronda los \$10.000. El gasto público en salud representó 59.6 % del gasto total en salud, y el restante 40.4 % fue gasto privado, que en su gran mayoría es gasto de bolsillo. Destaca también el hecho de que 3.5 % del gasto total en salud provino de fuentes externa. El presupuesto público asignado a la salud se ha incrementado sustancialmente en los últimos 10 años. Para el año 2008 fue de 399.29 millones de dólares, y en 2017 fue de 662.55 millones (BCR, 2018). En términos porcentuales, pasó de 11.83 a 13.81 %. En relación con el porcentaje del PIB, pasó de 2.22 a 2.67 %, en los mismos años de 2008 a 2017 (ver figuras 1, 2 y 3). Según el informe de labores del Minsal de 2018, estos valores se incrementan importantemente, solo equiparables con los países desarrollados; sin embargo, en la práctica cotidiana y la experiencia de los usuarios, se tiene un SNS moderadamente deficiente y con muchas limitantes: económicas, de relaciones humanas, de infraestructura, de cobertura, de calidad, de equipo e insumos médicos. Pero también existen dimensiones bien ponderadas por los usuarios, como se verá en los resultados del estudio 2.



Figura 1. Producto interno bruto y presupuesto público nacional, desde 2008 al 2017

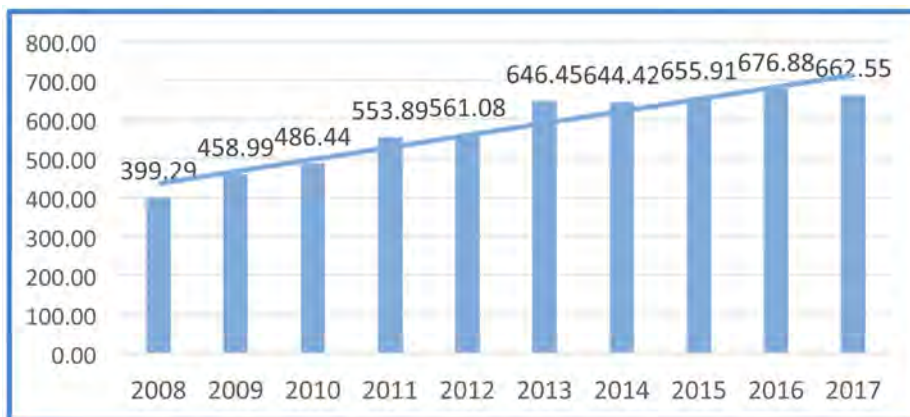


Figura 2. Presupuesto público asignado a la salud, desde 2008 al 2017(millones \$)

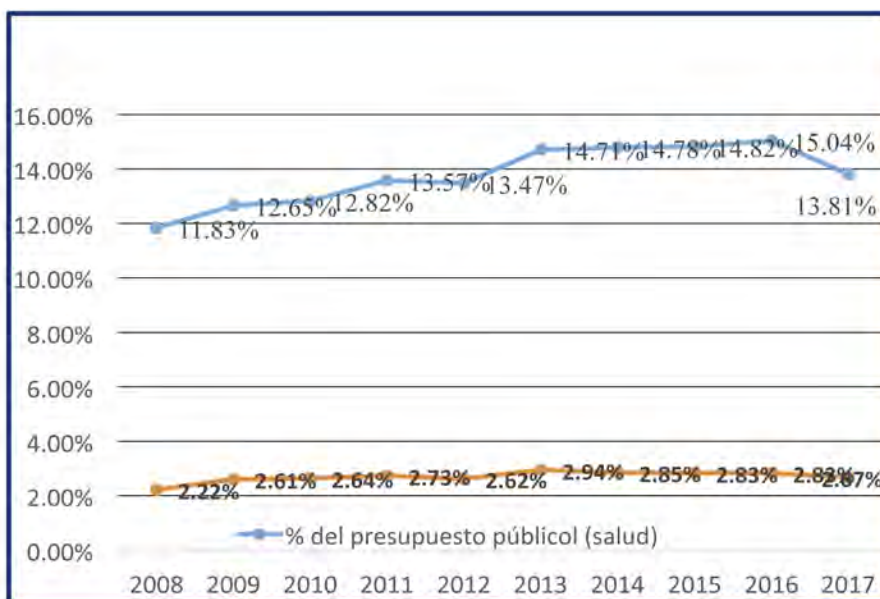


Figura 3. Porcentaje del presupuesto público asignado a la salud y porcentaje en relación con el PIB

El Minsal cuenta con 675 establecimientos de salud: 30 hospitales, 377 unidades de salud (de las cuales 145 cuentan con laboratorios), tres centros de atención de emergencia, 159 casas de salud, 46 centros especializados de referencia nacional, dos clínicas, 47 centros rurales de nutrición y 11 hogares de espera materna; 537 equipos comunitarios de salud familiares (Ecos) y 39 Ecos especializados (Minsal, 2018). En las unidades de salud del Minsal, se dispone de 46.692 camas, 1.761 consultorios médicos, 330 consultorios odontológicos, 174 laboratorios clínicos, 122 quirófanos, 114 salas de parto, 48 unidades de rayos X, 37 salas de ultrasonido, 14 unidades de cuidados intensivos y 8 laboratorios de citología. El ISSS cuenta con 10 hospitales, 24 unidades médicas, 11 unidades médicas con hospitalización, 37 clínicas comunales, 249 clínicas empresariales, 5 clínicas de revisión del adulto hombre y 5 centros de atención de día. Estas unidades disponen de 1.524 camas, 137 cunas y 56 incubadoras, 43 equipos de rayos X, 19 laboratorios clínicos, 58 salas de cirugía mayor y emergencia, 45 salas de cirugía menor, 19 salas de parto, 90 farmacias y 70 ambulancias. En 2005, el Minsal contaba con 5.816 trabajadores administrativos, 4.318 médicos, 5.639 enfermeras y

auxiliares de enfermería, y 2.157 promotores de salud. El ISSS contaba en 2009 con 13.628 trabajadores, de los cuales 11.729 se dedicaban a la gestión de la salud y el resto a labores administrativas. El ISBM cuenta con 107 médicos, 64 odontólogos, 7 psicólogos y 135 especialistas y subespecialistas. De acuerdo con la OMS, El Salvador presenta razones de 1.2 médicos y 0.8 enfermeras por cada 1.000 habitantes.

El Minsal cubre formalmente al 80 % de los habitantes del país. Sin embargo, en la práctica esta cifra es inferior (Acosta et al., 2011). El registro de las principales causas de mortalidad refleja un creciente predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones. En las mujeres, las primeras causas de muerte son el infarto agudo de miocardio y la diabetes mellitus. Entre los hombres, las dos principales causas de muerte son las lesiones con armas y los accidentes de vehículos motorizados, que juntas concentran casi 20 % de los decesos totales. La tercera causa de muerte es la insuficiencia renal crónica.

De acuerdo con la EHPM, para el 2015 el 10.8 % de la población padeció de alguna enfermedad, síntoma o lesión. La prevalencia de enfermedad es similar entre áreas geográficas. En el caso de hombres y mujeres, es 0.5 puntos porcentuales mayor en mujeres que en hombres. El quintil 1 es 6.4 puntos porcentuales mayor que el quintil 5. De la población que padeció alguna enfermedad, lesión o síntoma, a escala nacional, el 53.6 % consultó con un doctor, mientras que un 1.0 % consultó con otro personal como enfermera(o) promotor(a) de salud, farmacéutico(a), curandero(a), o familiar o amigo(a). Por otra parte, el 45.4 % no consultó con nadie. El porcentaje de personas que consultó con un doctor es 6.9 puntos mayor en el área urbana respecto al del de las personas del área rural, mientras que el porcentaje de personas que no consultó con nadie es 6.2 puntos mayor en el área rural respecto al del de las personas del área urbana (EHPM, 2015).

De las personas que se enfermaron y consultaron con alguien, a escala nacional, el 51.3 % lo hizo en una unidad de salud o casa de salud del Minsal; el 14.1 % consultó en un hospital del Minsal. Por otra parte, el 9.7 % consultó en unidades del ISSS, ya sean médicas, clínicas comunales o empresariales, mientras que el 5.1 % consultó en un hospital del ISSS. Por su parte, el 15.9 % de los que se enfermaron y consultaron lo hicieron en hospital o clínica particular, mientras que el 3.9 % consultó en otros lugares como el Hospital Militar, Bienestar Magisterial, oenegés, farmacias, clínicas. En el año 2015, el 23.5 % de la población total del país manifestó tener seguro médico, este porcentaje

es de 10.3 % en el área rural y de 31.5 % en el área urbana, mostrando una importante brecha en términos de área de residencia; la misma que se amplía al compararlo con la registrada para el AMSS. En cuanto al género, se observan leves diferencias, puesto que el porcentaje en los hombres supera al de las mujeres en 1.5 puntos. En otro orden, el análisis por quintiles de ingreso revela una brecha muy marcada, ya que del quintil con más altos ingresos el 42.9 % se encuentra cubierto, mientras que en el quintil con menos ingresos solo el 1.8 % lo está.

Una de las fases importantes en la reforma del sistema de salud, inicio en el quinquenio 2009 a 2014. Algunos de los cambios observados en este período fueron la creación y aprobación de la Ley de Medicamentos, que dio origen a la Dirección Nacional de Medicamentos, la aprobación y publicación de la Política Nacional de Salud Mental, la conformación de equipos de salud mental en 13 hospitales del segundo nivel de atención y la creación de más de 500 Ecos familiares y especializados, centrados en la atención primaria en salud. La nueva reforma del sistema salvadoreño de salud está plasmada en la Política Nacional de Salud (2015-2019), la cual está organizada en tres ejes estratégicos: 1. Estructura, organización y funcionamiento del sistema de salud, 2. Administración y financiamiento y la estrategia y 3. Profundización y ampliación de los ejes estratégicos de la reforma de salud. En conjunto, los ejes están organizados en cinco estrategias, y a su vez las estrategias están operativizadas en líneas de acción. En el eje uno, está la línea de acción 1.17, que dice: “Impulsar en cada institución del SNS, de acuerdo con su estructura y funcionamiento, un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) tendiente a su futura integración en un sistema único”.

La gestión de garantía de la calidad de los servicios de salud, implica la participación de tres sectores fundamentales, como son el institucional, los prestadores de servicios y los usuarios del sistema. En el año 2005, el Minsal creó el Programa de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador, con objetivos y ejes de intervención. Sin embargo, este nunca fue traducido en acciones concretas de mejora de la calidad de la atención en salud. En el año 2010, el CSSP, en conjunto con el Minsal y con apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, siglas en inglés) realizaron una consultoría para el fortalecimiento de las competencias del sistema de vigilancia de las instituciones prestadoras de servicios de salud y del ejercicio de las profesiones de salud. Derivando en una “propuesta técnica para el desarrollo de un sistema de calidad de salud

en El Salvador". En la actualidad existe una dirección de gestión de la calidad con sede en el Minsal, que está trabajando en la organización, coordinación, construcción de indicadores de evaluación de los servicios de salud en el sistema de salud salvadoreño. Se desconoce la existencia de algunos informes preliminares del monitoreo y de la evaluación del SGC implantado en el Minsal. Estas circunstancias han motivado al equipo investigador a realizar un estudio que analice si los usuarios o la población perciben una mejoría en la calidad de atención de los servicios de salud en El Salvador, como resultante del SGC instalado. Existe coincidencia de diferentes expertos y organismos, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las características, dimensiones, criterios e indicadores que deben de evaluarse en la calidad de los servicios de salud.

Fue en la 27.^a Conferencia Sanitaria Panamericana, realizada en Washington (2007) por la OPS y la OMS (OPS-OMS, 2007) con los Estados miembros, que se estableció la política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. En esta se enfatiza en la calidad de atención de los usuarios, en la cobertura y accesibilidad, derivadas de la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad, tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes; entre sus causales señalan la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros; la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos, las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados con el nivel de desempeño y resultados en salud, y la formación de pregrado y postgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos (OPS-OMS, 2007). Entre algunas de las dimensiones por evaluar se tienen las siguientes: estructura, proceso, resultado y accesibilidad; las competencias profesionales, la satisfacción del usuario, la eficacia y eficiencia.

Base teórica

Donabedian (1974, 1988) define la calidad de la atención de la salud como "proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes". Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación

académica (Donabedian, 1984). Existe consenso entre los especialistas en que Donabedian es el referente obligado para tratar, evaluar y estudiar la calidad de la atención en los servicios de salud, debido a que es el autor que más ha investigado y escrito sobre el tema. El autor plantea que evaluar la calidad de los servicios de salud significa que debe hacerse desde las dimensiones *estructura* (organización), *proceso* y *resultado*, posteriormente se incluyó en el modelo la de accesibilidad.

La calidad de atención en los servicios de salud, puede ser analizada desde las cuatro dimensiones básicas: *estructura*, *proceso*, *resultados* y *accesibilidad*. La estructura (infraestructura) es definida como el conjunto de los recursos involucrados en la producción de los servicios de salud. En la estructura se incluyen los aspectos como: infraestructura física, instalaciones adecuadas, equipo médico e insumos y materiales, mobiliario, el personal de salud competente, calificado y capacitado; con reglas claras, manuales actualizados, estándares y protocolos de atención, y recursos financieros. El proceso representa la secuencia organizada y continua de distintas actividades realizadas en la producción de la atención médica. Los resultados son los productos finales del proceso de atención en los servicios de salud. Estos pueden ser reconocidos por la reducción de las tasas de mortalidad o en el aumento de la sobrevida, la reducción de la morbilidad, la efectividad en la evaluación diagnóstica y en el tratamiento de la enfermedad, la pronta recuperación y egreso de los pacientes (Miller-Franco et al., 2004). Las dos primeras dimensiones (estructura y proceso) son el campo tradicional de la evaluación de la atención a la salud, y se encuentran presentes en las técnicas de acreditación, en la auditoría médica, representada por las organizaciones de revisión por pares o las más modernas organizaciones de revisión de actividades profesionales. El Análisis de resultados (*Outcome Analysis*) es un campo relativamente nuevo en la evaluación de los servicios de salud e involucra los estudios de sobrevida, análisis de costo-efecto, análisis de años de vida ajustados por incapacidad o por calidad. Accesibilidad/oportunidad es la posibilidad de ser atendidos por los servicios de salud en un tiempo razonable. Existen al menos tres factores que se deben considerar: *material*, aquí se incluye la distancia, el transporte y los horarios; *económico*, que incluye los costos de viaje, de los honorarios; y *social*, o *cultural*, que incluye las barreras por pautas culturales, del idioma, de creencias y costumbres.

Según el Minsal (2017), las dimensiones que se deben estudiar en la evaluación de la calidad de los servicios de salud son: el desempeño profesional o competencia técnica, la oportunidad, rapidez y el acceso a

los servicios de salud; la eficacia, eficiencia en el manejo administrativo, el trato y relaciones interpersonales, la continuidad del manejo y de los beneficios, la seguridad técnica, comodidad y el confort del usuario del sistema de salud.

El desarrollo del primer estudio, que trata de la construcción, diseño y validación de un instrumento de medición de la calidad de los servicios de salud en El Salvador, para ello, se ha retomado el modelo teórico propuesto por Donabedian para evaluar la calidad de los servicios de salud, basado en las cuatro dimensiones: estructura, proceso, resultado y accesibilidad. También se han incluido las siguientes dimensiones señaladas por el Minsal: competencias profesionales, satisfacción del usuario, eficacia y eficiencia, continuidad del manejo y beneficios. Aunque, en términos generales, podemos afirmar que, al momento de la operacionalización en indicadores y reactivos de las dimensiones, se incluyen todos los constructos propuestos por el Minsal y los de Donabedian, debido a que existe solapamiento entre las dimensiones sugeridas por estos y otros autores. El análisis estadístico del conjunto de variables que pretenden evaluar estas dimensiones brindará la mejor configuración de las dimensiones de calidad de los servicios de salud en El Salvador.

Con el propósito de disponer de una descripción de los diferentes conceptos y constructos de calidad de atención de la salud, se presenta la descripción de aquellas dimensiones no descritas anteriormente.

Las *competencias profesionales*. Es el dominio de los conocimientos, las habilidades, destrezas y los comportamientos profesionales, que contribuyen a brindar un servicio de atención en salud de calidad. Entre los profesionales de la salud se tienen: médicos, enfermeras, psicólogos, terapeutas, trabajadoras sociales, laboratoristas, técnicos en radiología. La *satisfacción del usuario*: es el bienestar de los pacientes frente al nivel técnico de la atención, las características de la interacción social con el personal de salud y las condiciones del espacio en el que se brinda la atención. Se incluyen dimensiones ambientales, institucionales, la forma de pago y el costo de la atención recibida. El núcleo de la valoración termina residiendo en la satisfacción que se genera en una interacción social, en la integralidad del trato personal.

En el sector salud, se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: *equidad, efectividad, eficacia y eficiencia*. Cuando las prestaciones de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando

la accesibilidad; con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impactos adecuados; y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye calidad de los servicios de salud (Williams, 1997).

Eficacia: es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos o insumos necesarios. Consiste en determinar objetivamente que una forma de intervención, preventiva, diagnóstica, curativa o restaurativa es más útil y beneficiosa que inútil o perjudicial para alcanzar la finalidad preconizada, o que es más eficaz que el tipo de intervención que reemplazará, o que en realidad es mejor que no hacer nada. La calidad en la gestión comprende cumplir con el principio de eficacia, entendido como la consecución de los objetivos, metas y estándares orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano. *Eficiencia:* consiste en la medición del grado en que se puede alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo mínimo de personal, de recursos y fondos. Es la relación costo/beneficio por la que se obtiene la mejor calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo. Es comprendida como la optimización de los resultados alcanzados por la administración en relación con los recursos disponibles e invertidos en su consecución. *Continuidad del manejo:* los servicios se prestarán de manera regular e ininterrumpida, previendo las medidas necesarias para evitar o minimizar los perjuicios que pudieran ocasionarle al paciente por las posibles suspensiones del servicio. *Actitud diligente:* se refiere a la predisposición de un profesional de la salud en actuar con prontitud, con cuidado en la ejecución de un procedimiento o actividad. Consiste en satisfacer un requerimiento con rapidez y eficacia. Entre las cualidades y características que debe tener un profesional diligente, se tienen: actitud favorable hacia el trabajo, esforzarse constantemente para realizar mejor las tareas encomendadas, usa la inteligencia en pro de su trabajo, tiene pensamientos positivos y se concentra en realizar su trabajo eficaz y eficientemente (Pérez-Porto & Merino, 2014).

Tras la instalación de un SGC en el sistema de salud, este deberá cumplir algunas características y principios básicos, para que funcione y cumpla su propósito. Entre los principios están: deberá ser permanente, tener liderazgo, existencia de consciencia en el personal, sistema de monitoreo y evaluación constante, asignación de recursos (humano,

financiero y material) e investigación empírica. La GC y su evaluación representan una de dos dimensiones, la otra es representada por los usuarios del sistema de salud. Es de relevancia que toda GC cuente con un proceso de investigación de la percepción y satisfacción del usuario de la calidad de los servicios de salud, recibidos en los centros de salud. La medición de la percepción del usuario puede orientarse hacia la satisfacción del usuario del servicio de salud recibido. La presente investigación tiene como propósito cumplir con la medición de la percepción y satisfacción de los usuarios del sistema de salud salvadoreño, para ello, se han operacionalizado las más importantes dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud, formuladas por diferentes autores e instituciones especializadas en evaluación de la calidad de los servicios de salud.

La satisfacción del usuario es uno de los aspectos que, en términos de evaluación de los servicios de salud y calidad de atención, ha venido cobrando mayor atención en salud pública (Schneider & Palmer, 2002), siendo considerada desde hace poco más de una década uno de los ejes de evaluación de servicios de salud (Mira & Aranaz, 2000). Si bien es cierto existe un intenso debate en cuanto a su concepción y sus metodologías de medición, también hay consenso de la relevancia de la visión de los usuarios sobre los servicios como un elemento clave en la mejoría de la organización y provisión de los servicios de salud (Edwards & Staniszewska, 2000; Traverso-Yèpez & Morais, 2004). El tema de SU es todo un desafío para la salud pública y los gestores y planificadores en salud, los dedicados a la academia, investigadores y usuarios en general. No existe un consenso claro sobre su significado y concepción, pero es evidente que refleja una visión diferente y estratégica de los servicios de salud. La definición de Pascoe: “Comparación de la experiencia del paciente con sus estándares subjetivos al salir de la atención sanitaria” es una de las más simples y aceptadas (Pascoe, 1983).

Según algunos estudios, los niveles de satisfacción del usuario en atenciones ambulatorias oscilan entre 60 y 70 %, observándose especificidades en función del público estudiado, servicio y/o establecimiento proveedor de la atención, motivo de consulta, momento de entrevista y método utilizado (Fitzpatrick, 1991; Ministerio de Salud del Perú, 2002).

En sistemas de salud de países desarrollados (Reino Unido, Canadá, EE.UU., España) y en algunos en vías de desarrollo (Brasil, México, Chile, Nueva Zelanda, entre otros) existen políticas sanitarias que impulsan el

desarrollo de un sistema de información gerencial que se inicia con la recogida periódica de opiniones de los usuarios sobre los servicios de salud, continuando con el procesamiento y generación de información, puesta a disposición de los diversos sectores sanitarios con la finalidad de incorporar acciones de mejoría en sus servicios.

Existen diferentes factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Sistematizándolos se pueden agrupar en *factores individuales*: demográficos (edad, sexo, raza), sociales (estado marital, grupo social, nivel educacional, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social), económicos, culturales (etnia, expectativas) [Baron-Epel, Dushenat, & Friedman, 2001], concepciones culturales sobre los servicios de salud y el proceso salud-riesgo-enfermedad, experiencia con el servicio (desenlace del contacto previo entre el usuario y el servicio); *factores sociofamiliares*: experiencias con el servicio de amigos, familiares, la red social circundante, conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad; y *factores del servicio de salud*: de accesibilidad geográfica (distancia al servicio de salud) y otros dependientes de la propia organización del servicio de salud, comunicación interpersonal, resolutivez del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort del local, privacidad, entre otros (Sitzia, & Wood, 1997; Mendoza, Piechulek, & Al-Sabir, 2001; Baltussen, Yè, Hadad, & Sauerborn, 2002; Gross, Tabenkin, Porta, & Heymann 2003; Bernhart, Wiadnyana, Wihardjo, & Pohan, 1999). Las interacciones entre estos factores resultan en el nivel de aceptabilidad y satisfacción; la interacción es compleja, ya que trata de aspectos subjetivos, es decir, basados en percepciones y experiencias psicológicas.

El propósito de los esfuerzos de garantía de la calidad es mejorar y sostener la calidad de la atención de salud. La calidad de la atención es, por lo tanto, la meta última de las actividades institucionalizadas de GC. Existen diferentes definiciones para el término *calidad* en el contexto de la atención de la salud, entre estas se tienen: es el desempeño adecuado (de acuerdo con los estándares) en las intervenciones consideradas seguras, que están al alcance de las sociedades en cuestión y que tienen la capacidad de producir un impacto en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición (Roemer & Montoya-Aguilar 1988). La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos. El grado de calidad es, por

lo tanto, el punto en el cual se espera que la atención proveída logre el balance más favorable de riesgos y beneficios (Donabedian 1980). La calidad es hacer lo correcto de la manera correcta la primera vez, y hacerlo mejor la vez siguiente, con las limitaciones de los recursos existentes y con la satisfacción de la comunidad (Ministerio de Salud y Población de Malawi 1997).

La calidad es multidimensional, por lo que el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP, por las siglas en inglés) [2004], ha identificado nueve dimensiones de la calidad: *desempeño técnico, acceso a los servicios, efectividad de la atención, eficiencia de la entrega de servicios, relaciones interpersonales, continuidad de los servicios, seguridad, infraestructura física y comodidad y elección*, que son importantes para los actores internos y externos de un sistema de entrega de servicios de salud, para clientes individuales, comunidades, proveedores, administradores y pagadores. Dichas dimensiones conllevan diferente importancia para los distintos actores.

El desempeño técnico, es una de las dimensiones de la calidad más comúnmente reconocida, se refiere al grado en el que las actividades llevadas a cabo por los trabajadores y establecimientos de salud están en concordancia con estándares o cumplen expectativas técnicas. El acceso a los servicios refleja la ausencia de barreras geográficas, económicas, organizacionales o lingüísticas a los servicios. La efectividad de la atención es el grado en el que los resultados o productos deseados se logran, mientras que la eficiencia de la entrega del servicio se refiere al uso de los recursos para producir dichos servicios (QAP, 2004).

Las relaciones interpersonales se refieren a la comunicación efectiva entre el proveedor y el cliente; están basadas en el desarrollo de la confianza, respeto, confidencialidad y respuesta a las preocupaciones del cliente. La continuidad de los servicios se refiere a la entrega de atención por parte del mismo proveedor de atención de salud a lo largo del curso del tratamiento (cuando esto sea apropiado y factible), así como a la referencia oportuna y a la comunicación entre proveedores cuando es necesario contar con proveedores múltiples. La seguridad, o el grado en el cual el riesgo de lesión, infección u otro efecto secundario perjudicial es minimizado, es una dimensión crítica de la calidad de la atención y está recibiendo creciente atención debido a la epidemia de VIH/Sida. La infraestructura física y la comodidad forman parte de una dimensión a veces llamada *de amenidades*; incluye la apariencia física del establecimiento, su limpieza, el confort y la intimidad proporcionados

al paciente. La elección se refiere a las múltiples opciones disponible para el paciente en cuanto a proveedores, tratamiento o plan de seguro, en la medida de lo apropiado y seguro. Inherente a esta dimensión está el acceso del cliente a la información que le permita hacer una elección informada. La calidad de la atención se refiere al grado en el cual estas nueve dimensiones de la calidad se hallan presentes en la atención de salud brindada al cliente (QAP, 2004).

Modelo de institucionalización de la garantía de calidad

Muchos factores afectan la habilidad de las organizaciones de salud para institucionalizar la GC y una cultura de la calidad, pero hemos identificado ocho elementos esenciales para implementar y sostener las actividades básicas de GC. Los primeros cuatro elementos constituyen el ambiente interno favorable a la iniciación, expansión y sostenibilidad de la GC dentro de la organización. Dicho ambiente habilitador está compuesto de (a) políticas que apoyen, guíen y refuercen la GC; (b) un liderazgo que marque prioridades, promueva el aprendizaje y se preocupe por el personal; (c) valores organizacionales básicos que enfatizan el respeto, la calidad y el mejoramiento continuo; y (d) recursos adecuados asignados para la implementación de la GC. El quinto elemento, la organización para la calidad, se refiere a la definición de las responsabilidades por la GC en la organización, e incluye la supervisión, coordinación e implementación de actividades de GC. Tres funciones de apoyo críticas sostienen la implementación de la GC y el mejoramiento de la calidad de la atención: (a) el fortalecimiento institucional de la GC, como entrenamiento, supervisión y capacitación de los proveedores de servicios de salud y sus administradores; (b) la información y comunicación a fin de compartir, aprender y defender la calidad; y (c) el reconocimiento y la recompensa a los esfuerzos individuales y de equipo para mejorar la calidad (Miller-Franco et al., 2004).

Institucionalización de la garantía de calidad como un proceso

A pesar de que el objetivo final es tener cada uno de los elementos esenciales funcionando, en realidad, la institucionalización de la GC es un proceso mediante el cual una organización se mueve continuamente hasta que la GC esté integrada totalmente en su estructura y funcionamiento. Este proceso puede entenderse como uno en el que la

organización progresa desde una etapa en la que no existe un esfuerzo de calidad deliberado o formal hacia otra de concienciación inicial de experimentación con actividades de GC, de expansión y después de consolidación de estos esfuerzos hasta alcanzar finalmente una fase de actividades de GC plenamente desarrolladas e institucionalizadas. En un estado de madurez de GC, esta se constituye en parte integral de las operaciones de día a día a todo nivel; y los valores organizacionales, el liderazgo y las políticas refuerzan una cultura de la calidad.

La situación preexistente (antes de que una organización empiece a implementar algún esfuerzo formal o deliberado de GC) está caracterizada por ensayos para mejorar la calidad de manera esporádica, individual e informal, a diferencia de una intervención formal y deliberada en GC. La fase de concienciación es el primer paso en el camino a la institucionalización; está caracterizada por individuos especialmente líderes organizacionales que toman conciencia de la necesidad de mejorar la calidad de atención y de la posibilidad de hacer algo deliberado y sistemático al respecto. La fase experimental se distingue porque la organización empieza a implementar la GC a pequeña escala, ensayando varios enfoques de GC para aprender de la experiencia, y desarrollando evidencia (resultados documentados) que demuestre que la GC lleva al mejoramiento en la calidad de la atención. Al final de esta fase, existe el suficiente impulso para que la organización avance a la fase de expansión, durante la cual se da una ampliación en el ámbito y la escala de actividades de GC.

La fase de expansión no es solamente una extensión de las actividades de GC, sino también una señal de la expansión estratégica de la implementación de la GC, basada en el conocimiento y experiencias ganadas en las fases previas. Esta expansión puede ser geográfica, pero puede también estar relacionada con la aplicación de nuevas actividades de GC, la participación de otros tipos de establecimiento, o con los tipos de problemas de salud atendidos. A medida que se implementan las estrategias de expansión, estas pueden precipitar o favorecer la necesidad de rendir cuentas de las actividades de GC, en un período de revisión, refinamiento, balance y coordinación. Durante la consolidación, las actividades y programas existentes se integran a las operaciones organizacionales rutinarias, mientras que se fortalecen por poner mayor énfasis en actividades no existentes o menos desarrolladas.

El dividir al proceso de institucionalización en fases refleja la existencia de una progresión de la capacidad organizacional y habilidad

de GC que debe desarrollarse para sostener la calidad de la atención de salud. Cada fase tiene características organizacionales específicas y un rango de estrategias y actividades que las organizaciones pueden usar para promover el avance hacia la siguiente fase. A pesar de que es tentador asumir que el progreso hacia la madurez ocurre de manera constante a lo largo de una transición continua, las diferentes experiencias de países y organizaciones indican que este proceso es más complejo: las organizaciones pueden progresar, retroceder, vacilar entre dos fases, o incluso estancarse. En algunos casos, las organizaciones pueden avanzar en las fases de concienciación y experimentación de manera simultánea o iterativa. De modo similar, una organización no necesariamente tendrá los ocho elementos esenciales alineados en la misma fase de institucionalización. El desarrollo de cada elemento esencial puede proceder a diferente ritmo, a pesar de que el objetivo último es alinear todos los elementos.

Principios de la garantía de calidad(GC) de los servicios de salud en países en desarrollo

El enfoque de GC y su institucionalización presentado se basa en la enseñanza y los principios de líderes reconocidos en el campo de la calidad de la atención de salud (Deming, 1982; Juran, 1988; Donabedian, 1980; Berwick, 1995; Berwick, Enthoven & Bunker, 1992; Langley, Nolan, Norman & Provost, 1996). El QAP ha adaptado los métodos, enfoques y estrategias de estos líderes para su uso en sistemas de atención de salud en países en desarrollo. En este se incluye metodología tradicional de GC (acreditación, regulación y estándares) y métodos más recientes, como el mejoramiento continuo de la calidad y el mejoramiento colaborativo.

El trabajo de más de una década con cientos de esfuerzos de implantación de GC ha traído un conjunto de principios que, a pesar de las variaciones entre los programas de GC, sirven de base para la institucionalización de la GC en cualquier sistema u organización de salud. Estos principios, que están interrelacionados, son: la importancia de la perspectiva y las necesidades del cliente, el análisis de los sistemas y procesos, el uso de datos para la toma de decisiones y el trabajo en equipo para resolver problemas.

Enfoque en el cliente: la garantía de la calidad enfatiza el hecho de que los servicios de salud existen para cubrir las necesidades de salud

de los clientes que los utilizan. Al enfocarse en cubrir las necesidades de los clientes, los proveedores de salud y otros involucrados en la entrega de la atención de salud se desempeñan mejor. El enfoque en el cliente significa prestar atención a la persona integral, más que concentrarse simplemente en un padecimiento en particular; significa ayudar a los clientes no únicamente de manera directa, al asegurarse de que reciban el tratamiento que necesitan, sino también recibirlos con respeto, ayudarlos a encontrar la sala o la persona que necesitan, reducir el tiempo de espera, manejar adecuadamente los formularios y otras numerosas acciones que pueden no ser parte de la descripción de tareas de alguien en particular, pero que deben ser parte de las responsabilidades de todos (Miller-Franco et al., 2004).

El principio de enfoque en el cliente distingue entre clientes “externos e internos”. Los primeros son generalmente la población atendida, incluyendo a los pacientes y sus familias, sus comunidades e incluso su sociedad. El cliente interno es el colega de una persona en particular que puede necesitar asistencia de la persona para poder desempeñar su función. Como ejemplo, consideremos a una enfermera que necesita acceder a un archivo para tratar a los pacientes. Ella se convierte en un cliente interno para el empleado administrativo al momento de solicitar el archivo. El enfoque en el cliente dirige nuestra atención al servicio a los clientes, tanto internos como externos, y requiere conocer quiénes son los clientes, así como comprender y tratar de responder a sus necesidades y expectativas.

Comprender el trabajo en términos de procesos y sistemas: la GC reconoce que los sistemas o procesos oscuros, redundantes o incompletos pueden causar problemas en la entrega de servicios de salud de calidad. En lugar de culpar al personal que trabaja en estos sistemas de bajo desempeño, las actividades de GC involucran a las personas en la resolución de problemas existentes dentro de procesos o sistemas, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención.

Ensayar cambios y enfatizar el uso de datos: la GC enfatiza la necesidad de mejorar los procesos mediante entender cómo funcionan. Este principio promueve la toma de decisiones basada en datos oportunos y exactos más que en supuestos. Comprender y usar datos también conlleva entender las variaciones o diferencias en los resultados de un proceso o sistema y determinar si es que la variación es parte normal del proceso y que indica un cambio real de la mejora o de un problema de mejora de calidad del proceso y del sistema.

El trabajo en equipo: la GC subraya la participación y el trabajo en equipo para resolver problemas e implementar soluciones, reconociendo que el impacto de las actividades de GC es más poderoso cuando los miembros del equipo cuentan con la participación, experiencia y conocimiento de los principales participantes y actores. Estos principios sirven como base para la GC y reflejan que esta no es solamente una serie de actividades, sino un conjunto fundamental de creencias y valores que deben convertirse en la “manera de hacer las cosas” en una organización. Estos principios concuerdan con aquellos propugnados en la literatura de la administración de la calidad (Berwick et al., 1992; Langley et al., 1996). La introducción de la GC no necesariamente implica cambiar por completo la manera en que es administrada la organización, sin embargo, la implementación de la GC de acuerdo con estos principios muchas veces trae cambios positivos en la administración de otros componentes del sistema de salud, tales como la logística y la administración financiera.

Las actividades básicas de la garantía de calidad

El enfoque del QAP para el mejoramiento de los servicios de atención de salud comprende tres actividades básicas de garantía de la calidad: definir la calidad, medir la calidad y mejorar la calidad. Estos tres conjuntos de actividades funcionan de manera sinérgica para asegurar que la atención de calidad sea un producto del sistema, y juntos constituyen el rango de metodologías y técnicas de mejoramiento usadas para asegurar la calidad de la atención. Las actividades se representan por medio de un triángulo para indicar su naturaleza interactiva y de apoyo mutuo. Cada punto del triángulo representa un conjunto de actividades básicas de GC, y la forma del triángulo entero sugiere que no existe una manera “correcta” o un punto óptimo de entrada para iniciar la GC. Se podría empezar por realizar mejoras en cualquier área problemática (Miller-Franco et al., 2004). Al mismo tiempo, ningún conjunto de actividades de GC es suficiente por sí solo para mejorar y mantener la calidad. Es la interacción y sinergia, entre los tres, que facilita y hace posibles mejoras sostenibles en la calidad de la atención de salud.

Definir la calidad. Significa desarrollar expectativas o estándares de calidad. Estándares son declaraciones del desempeño esperado que definen lo que constituye la calidad de la atención para los trabajadores de la salud. Los estándares pueden ser desarrollados para los insumos, procesos o resultados; pueden ser clínicos o administrativos; y pueden

ser aplicados a cualquier nivel de un sistema, desde un proveedor individual hasta un departamento nacional de salud. Un buen estándar es confiable, realista, válido y claro, y puede ser fácilmente medido. Los estándares de calidad deberán estar basados en la mejor evidencia científica disponible y pueden ser desarrollados en concordancia con las nueve dimensiones de la calidad discutidas anteriormente. La percepción y las expectativas de los actores (incluyendo clientes y la comunidad, proveedores, administradores y pagadores) deberán ser incluidas en la definición de los estándares de calidad.

Otras actividades que se relacionan con la definición de la calidad, además del desarrollo de estándares, son el diseño de sistemas para obtener resultados de calidad, la planificación estratégica, la comunicación de los estándares y el diseño de varias formas de regulación de la calidad, incluyendo los estándares de acreditación, licencia o certificación.

Medir la calidad. Consiste en cuantificar el nivel actual de desempeño o cumplimiento de los estándares establecidos, incluyendo la satisfacción del paciente. Incluye definir indicadores, desarrollar o adaptar sistemas de información para proveer datos de indicadores relacionados con la calidad y el análisis e interpretación de los resultados (Ashton, 2001). Las actividades relacionadas con medir la calidad incluyen la recolección rutinaria y el análisis de los datos sobre el cumplimiento de los estándares establecidos mediante la supervisión, la autoevaluación, la vigilancia de la calidad y los estudios especiales, tales como las evaluaciones de la calidad y la auditoría. La medición de la satisfacción del cliente es una forma importante de la evaluación de la calidad.

Mejorar la calidad. Se refiere a la aplicación de métodos y herramientas de administración de la calidad para cerrar la brecha entre los niveles actuales de calidad y los esperados, mediante la detección y la acción sobre las deficiencias y fortalezas del sistema, en el que, en algunos casos, habrá que rediseñar los procesos de atención de salud. Esta actividad básica de GC conduce a una mejora en el desempeño de acuerdo con los estándares de calidad definidos (Massoud et al., 2001). Existe una gran variedad de enfoques para el mejoramiento de la calidad, que van desde el mejoramiento del desempeño individual, el rediseño de sistemas o procesos enteros, hasta la reestructuración o reingeniería de la organización. Estos enfoques difieren en términos de tiempo, recursos y complejidad, pero comparten los mismos cuatro pasos del mejoramiento de la calidad: (a) Identificar qué se desea mejorar, (b) Analizar el

problema o sistema, (c) Desarrollar posibles soluciones o cambios que parezcan mejorar el problema o sistema y (d) Probar e implementar las soluciones. El paso cuatro usa el ciclo de “planear, ejecutar, verificar, actuar” para determinar si las soluciones consideradas realmente conducirían a una mejora, o si deben ser abandonadas, modificadas o expandidas. En resumen, en esta sección sobre los principios de la GC, las actividades básicas de esta, representadas en el triángulo de la GC, engloban los métodos, herramientas y enfoques que una organización utiliza para asegurar la calidad de la atención (Miller-Franco et al., 2004).

Tras la revisión de los principios básicos del sistema de garantía de calidad (GC) que tiene como propósito final la calidad del servicio que se prestan al usuario del sistema de salud. Se han revisado algunos conceptos y definiciones del término *calidad* aplicado a los servicios de salud; se adoptaron aquellos componentes o dimensiones de calidad de atención de los servicios de salud que los autores del estudio valoraron como los más pertinentes para la operacionalización en la construcción de una muestra de reactivos o ítems que mejor midiesen la calidad de los servicios de salud en El Salvador, con la meta de diseñar, confiabilizar y validar un instrumento que mida la calidad de los servicios de salud en el país. Para cumplir el anterior objetivo, es necesario describir los principios básicos de la investigación instrumental aplicada en el campo de las Ciencias Sociales, la Psicología, la Educación y otras disciplinas.

Estándares psicométricos en la construcción de pruebas

Dentro de los múltiples instrumentos que pueden ser empleados en un contexto de investigación en Ciencias Sociales, y en especial en Psicología y Educación, la utilización de test de evaluación es algo más que frecuente, sin olvidar igualmente lo generalizado que está el uso de estos dentro de la práctica profesional, que es generado por la Psicología como disciplina (Muñiz et al., 2001). El hecho es que los psicólogos trabajan con fenómenos no directamente observables, los cuales pretenden medirse; y para lo que se usan aproximaciones indirectas. De esta forma, su medición está condicionada a la obtención de indicadores observables. Y es aquí donde cabe resaltar la importancia de las respuestas generadas ante un test como material esencial para los psicólogos. Estas respuestas son útiles para generar puntuaciones que finalmente sirven para múltiples objetivos, tales como la puesta a prueba de teorías; la toma de decisiones acerca de la efectividad de un

tratamiento psicológico; la verificación experimental del impacto de una o varias variables independientes (Carretero-Dios & Pérez, 2007).

Por ejemplo, Hogan y Agnello (2004) pusieron de manifiesto que solo el 55 % de 696 publicaciones científicas donde se hacía uso de test proporcionaban alguna evidencia sobre la validez de las puntuaciones generadas por los instrumentos usados; y tal y como puede comprobarse fácilmente, una gran mayoría de autores justifican su uso refugiándose en la mera notificación de los valores numéricos relativos a los coeficientes de fiabilidad y validez de las construcciones originales de las pruebas (Carretero-Dios & Pérez, 2005), pasando por alto los criterios culturales, sociales y la adaptación de la prueba a la población o muestra en la que se realizará el estudio. Lo indicado anteriormente se agrava aún más por el hecho incontestable de que la mayoría de las pruebas publicadas, tanto en revistas de toda índole como por empresas especializadas en su construcción y comercialización, adolecen del cumplimiento de los estándares mínimos exigidos en los *Standars for Educational and Psychological Testing* (Aera, APA y NCME, 1999). Se construyen muchas pruebas y muy diversas, a veces por especialistas y muchas por investigadores muy alejados de este ámbito.

Dada la incuestionable importancia de la construcción, adaptación y del uso de test, resulta más que adecuado reconsiderar periódicamente el proceso y secuencia de las tareas que han de cumplirse en estas actividades, persiguiendo con esto mejorar la labor que supone la medida de lo psicológico mediante test. Es relevante presentar algunos principios básicos que deben tenerse en cuenta en todo proceso de construcción/adaptación de un test, a la vez que destacar la información y el formato que deben presentar los informes científicos dedicados a difundir dicho proceso. Estos principios, claro está, han sido ya tratados y analizados en diversas fuentes (Aera, APA, NCME, 1999; Clark & Watson, 1995; Hambleton & Jong, 2003; Haynes, Richard & Kubany, 1995; Muñiz & Hambleton, 1996, 2000; Nunnally & Bernstein, 1995; Smith, Fischer & Fister, 2003; Walsh, 1995). Los criterios especificados van a sustentarse en la teoría clásica de los test, no tratándose información relacionada con otras aproximaciones dirigidas a la construcción de test, como la teoría de respuesta a los ítems o la teoría de la generalizabilidad.

En la revisión de las publicaciones de Psicología, en la base de datos PsyInfo, los trabajos dedicados a la construcción y adaptación de instrumentos y aparatos ocupan el 67 % de las publicaciones de carácter instrumental en esta especialidad (Clark & Watson, 2003), con una

escala de respuesta tipo Likert común para todos los ítems, señalado como el procedimiento más comúnmente usado (Smith & McCarthy, 1995). La información que se presenta a continuación va a centrarse en los autoinformes que tienen como objetivo la evaluación de constructos relacionados con la Psicología, la Educación y las Ciencias Sociales en general, y no pueden ser enmarcados en el campo de las aptitudes. Este análisis va a ocuparse de los test referidos a las normas, entendidos como aquellos que tienen como objetivo evaluar una cualidad o *rasgo latente* del sujeto (estrés, actitud, ansiedad, adaptación, etc.), y donde la finalidad es poner de relieve las diferencias interindividuales en dicha cualidad o rasgo; con esta aproximación, se podrá ubicar el lugar que ocupa una persona en un continuo.

En este apartado interesa estudiar la exactitud con que pueden hacerse mediciones significativas y adecuadas con un instrumento, en el sentido de que mida realmente el rasgo que pretende medir. Una prueba o escala es válida si mide lo que dice medir. Existen diferentes tipos de validez. Entre las más utilizadas se tienen: *validez de contenido*, *validez de constructo*, *validez convergente* o *de criterio* (también llamada *validez predictiva*). Esta propiedad o característica de un instrumento (de los resultados) de medición recibe el nombre de *validez*. Es decir, en sentido general, la validez de un instrumento tiene que ver con las preguntas siguientes: ¿qué miden los puntajes del test? y ¿qué predicen dichas puntuaciones? (Guilford, 1954; Nunnally, 1967; Anastasi, 1976; Magnusson, 1982). Por ejemplo, si un rasgo, como la inteligencia académica, es significativo o relevante para el éxito en el aprendizaje formal, construimos un instrumento para medir dicho rasgo y lo usamos en las tareas de diagnóstico, selección y de orientación escolar o académica. Pero, obviamente, es necesario que el instrumento mida el rasgo que hemos encontrado relevante en la situación donde va a ser utilizado y no otra característica.

La validez de un instrumento, por lo general, no constituye un problema en el caso de la medida de los objetos físicos, tales como longitud, peso, capacidad. Por supuesto que la estatura de una persona se mide con una cinta métrica y el peso de un objeto con una balanza (siempre que la balanza funcione). Sin embargo, con los métodos usados para medir variables latentes (no observables) o constructos psicoeducativos es necesario probar empíricamente que el instrumento es válido en todos los casos. Cuando elaboramos una escala para medir la actitud de los docentes hacia la innovación educativa, debemos

probar que los puntajes de la escala realmente distinguen entre aquellos docentes que tienen una actitud favorable hacia la innovación y aquellos cuya actitud es desfavorable. Algunas veces, puede parecer obvio que un instrumento mida un determinado rasgo; sin embargo, pudiera ocurrir que cuando se los someta a una evaluación empírica, el instrumento esté midiendo algún rasgo distinto. De ahí que sea necesario tener presente que la validez no es materia de presunción, sino de demostración empírica.

Los tipos de validez. La validez, como la confiabilidad de un instrumento, a pesar de tener ambas sus respectivas definiciones teóricas genéricas, en la práctica, dado que estas características pueden adoptar diferentes significados, es necesario objetivarlas cada vez que se haga referencia a ellas. Es decir, no es suficiente con que se diga que un instrumento determinado tiene una alta confiabilidad o validez, porque el lector especializado inmediatamente se preguntaría: ¿qué tipo de confiabilidad? o ¿qué tipo de validez? Es necesario ser específico al usar estos términos. De esta manera, se podría decir, por ejemplo, “este instrumento tiene una alta confiabilidad de consistencia interna” o “esta prueba tiene una alta validez convergente” (Ruiz-Bolívar, 2010). La literatura especializada en construcción de pruebas señala tres tipos de validez. A continuación, se presenta una descripción de cada una de ellas.

La validez de contenido trata de determinar hasta dónde los ítems de un instrumento son representativos del dominio o universo de contenido de la propiedad que se desea medir. A diferencia de otros tipos de validez, la de contenido no puede ser expresada cuantitativamente mediante un índice o coeficiente; esta es más bien una cuestión de juicio. Es decir, la validez de contenido, por lo general, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva. El procedimiento comúnmente empleado para determinar este tipo de validez es el que se conoce con el nombre de *juicio de expertos*. Consiste en solicitar a un grupo de expertos (máximo 10) que revisen el instrumento sujeto de validez, para que realicen las observaciones y comentarios relacionados con el rasgo que se quiere medir. Es decir, deben asegurarse de que los reactivos apunten o midan aquel constructo o aquellos rasgos que se proponen medir y no otra cosa. Para ello, se usa una matriz de observaciones (con las opciones de aceptado, rechazado, con modificaciones) con los ítems para cada juez, en la cual estos deben plasmar sus observaciones en cada ítem, pero debe estar claro en los expertos de qué definición y teoría derivan estos

reactivos, debido a que existen múltiples definiciones de un mismo término o constructo. Normalmente, aquellos ítems que superen el 80 % de aceptación por los expertos pasarán a formar parte de la prueba en construcción; y los ítems que no alcancen este valor deberán ser modificados o eliminados de la prueba.

La validez de constructo intenta responder la pregunta: ¿hasta dónde un instrumento mide realmente un determinado rasgo latente o una característica de las personas y con cuánta eficiencia lo hace? En consecuencia, es necesario que podamos mostrar evidencia de que, efectivamente, el instrumento mide el rasgo o constructo que pretende medir. Gronlund (1976) señala que la validez de constructo interesa cuando queremos utilizar el desempeño de los sujetos con el instrumento para inferir la posesión de ciertos rasgos o cualidades psicológicas. Por ejemplo, en vez de hablar de los puntajes que una persona obtuvo en un instrumento determinado podemos mencionar la actitud hacia la matemática; la satisfacción con el aprendizaje de la matemática; la valoración o significado de la matemática. Todas estas son cualidades hipotéticas llamadas *construcciones*, cuya existencia se supone para explicar la conducta en muchas y diferentes situaciones específicas. Para obtener evidencias estadísticas de esta validez, existen dos técnicas estadísticas: el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC). Es frecuente que se use la primera técnica acompañada de otros tipos de validez. Cada técnica estadística tiene una diversidad de criterios o coeficientes que se deberán de cumplir.

Validez convergente o de criterio (validez predictiva). La palabra *predicción*, o *predictivo*, normalmente se la asocia con visión o anticipación de futuro. En este sentido, cuando estudiamos la validez de criterio de un instrumento lo que nos interesa es determinar hasta dónde podemos anticipar el desempeño futuro de una persona en una actividad determinada, a partir de su ejecución actual en dicho instrumento; por ejemplo, se podría estudiar hasta dónde la prueba de aptitud del Consejo Nacional de Universidades predice el éxito académico de los estudiantes en los primeros semestres universitarios, o anticipar el desempeño futuro de un vendedor a partir de su ejecución en un test de inteligencia social. En consecuencia, la validez predictiva, también llamada *validez de criterio externo* o *validez empírica*, se estudia comparando los puntajes de un instrumento en construcción (variable independiente) con una o más variables externas (variables dependientes) denominadas *variables*

criterio. Se asume que tales criterios, indicadores del desempeño futuro, están teórica y lógicamente relacionados con el rasgo representado en el instrumento bajo estudio. Esta comparación entre los puntajes de la variable o instrumento en estudio y los de las variables criterio se expresan mediante un *coeficiente de correlación* ($\geq .40$), el cual se interpreta como un índice de validez. Entre más alta sea la correlación entre una medida o medidas de aptitud académica y el promedio de notas, tomado como variable criterio, mejor será la validez de criterio de la prueba de aptitud académica.

Fases en la construcción/adaptación de un test (Carretero-Dios & Pérez, 2005): justificación del estudio, delimitación conceptual del constructo que se debe evaluar, construcción y evaluación cualitativa de los ítems, análisis estadístico de los ítems, estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna), estimación de la fiabilidad y obtención de evidencias externas de validez. Tras la justificación, definición conceptual del constructo, diseño de la muestra de ítems o variables, la revisión por los expertos, el universo de ítems debe administrarse a una muestra de participantes con unas características semejantes a la de la población objetivo, y que, según Osterlind (1989), bastaría con que estuviese compuesta de entre 50 y 100 participantes para instrumentos cortos. En el caso de que el número de ítems sea demasiado elevado, se recomienda que estos sean divididos y pasados a muestras diferentes. Con los resultados de este primer estudio, y con los ítems seleccionados, debe repetirse el proceso con la intención de obtener más garantías sobre estos, pero ahora con una muestra de mayor tamaño, un mínimo 300 participantes o entre 5 y 10 sujetos por ítems (Martínez-Arias, 1995); y también de características similares a las de la población objetivo. En test como los que aquí están siendo tratados (test referidos a la norma), la selección de los ítems debe estar basada en que estos tengan la capacidad de poner de manifiesto las diferencias existentes entre los individuos. Debido a esto, el objetivo es conseguir un grupo de ítems que maximice la varianza del test, seleccionando para ello a aquellos con un elevado poder de discriminación, alta desviación típica y con puntuaciones medias de respuesta situadas en torno al punto medio de la escala (Nunnally & Bernstein, 1995). La decisión de eliminar o conservar un ítem debe estar basada en una valoración conjunta de todos los índices estadísticos, junto con una consideración de los aspectos conceptuales que motivaron la creación de este. La razón por la que presentar la media y desviación típica de cada ítem está en las propiedades de la

curva normal. Así, son considerados ítems adecuados aquellos con una desviación típica superior a 1 y con una media situada alrededor del punto medio de la escala (simetría próxima a 0).

Es frecuente que en los primeros trabajos sobre escalas clínicas sean usadas muestras de universitarios. Al analizar las puntuaciones medias de algunos ítems de dichas escalas, la media suele ser baja; puntuaciones altas indican cierta problemática (depresión, ansiedad, etc.) y la desviación típica escasa. Por ello, debe tenerse en cuenta la muestra con la que se trabaja; y en el caso de ser muestras no representativas, ser cuidadoso a la hora de tomar las decisiones, ya que un ítem puede resultar “problemático” para una muestra determinada pero muy adecuado para otra. Para calcular la discriminación de un ítem, normalmente se recurre al coeficiente de correlación corregido (C-IT) entre la puntuación del ítem y el total obtenido en la dimensión a la que pertenezca (aunque, claro está, este cálculo no agota las posibilidades). Este procedimiento busca aumentar la consistencia interna de la dimensión. Se consideran adecuados valores mayores o iguales a 0.25-0.30 (Nunnally & Bernstein, 1995).

Es relevante destacar que, si un constructo está configurado por distintos factores o componentes (dimensiones), los cálculos de discriminación tienen que hacerse por factores y no considerando el total de la escala (Carretero-Dios & Pérez, 2005). La idea es que cada componente del constructo debe ser una categoría homogénea de contenido y “aislada” en la medida de lo posible del resto de componentes, de lo contrario no puede sostenerse su separación como categorías distintas de un mismo constructo. La puntuación individual que se obtenga para cada componente debe tener elementos comunes con las otras dimensiones o subescalas delimitadas, ya que han sido propuestas como integrantes de un mismo constructo. Sin embargo, estos elementos comunes no deben superar un límite, de lo contrario no podría sostenerse que son componentes distintos.

Cuando se está elaborando un instrumento con la intención de verificar una propuesta conceptual sobre un constructo determinado, un criterio normalmente tenido en cuenta es trabajar para que los componentes (dimensiones o subescalas) del constructo sean homogéneos. Para lograr esta homogeneidad, tradicionalmente ha sido usado el índice de confiabilidad de consistencia interna, intentándose que este sea lo mayor posible como indicativo de un componente homogéneo. Así, cuando es calculado el índice de discriminación de los ítems, se opta por

eliminar los que provocan que la consistencia interna del componente disminuya. Sin embargo, resulta necesario distinguir consistencia interna de homogeneidad. Tal y como Cortina (1993) especifica, la consistencia interna es el grado en el que los ítems de un componente o faceta están inter-correlacionados, mientras que la homogeneidad se refiere a si los ítems de ese componente evalúan fundamentalmente solo a este. Esto significa que la consistencia interna es necesaria pero no suficiente para conseguir un factor homogéneo, o, dicho de otro modo, puede tenerse un grupo de ítems altamente inter-correlacionados y que aún no puedan ser considerados como representativos de un único componente (Clark & Watson, 2003). Debido a esto es recomendable llevar a cabo el cálculo de la correlación media entre los ítems. Stevens (1992) aconseja que al menos se cuente con cinco participantes por cada variable o ítems. Como regla general, hay que decir que distintos estudios ponen de manifiesto que, considerando el número de ítems que normalmente es utilizado en los estudios instrumentales, con 300 participantes se obtienen soluciones fiables (Snook & Gorsuch, 1989).

En el análisis de la *validez de constructo*, y teniendo en cuenta la facilidad de aplicación e interpretación en la construcción de una prueba, se recomienda el uso del análisis de componentes principales [ACP] (Cortina, 1993) y la rotación ortogonal Varimax (véase Comrey, 1988; Floyd & Widaman, 1995, para más información). Este método de rotación es aplicado partiendo del supuesto de la independencia entre los componentes del constructo, o por los intereses teóricos del investigador de separar lo máximo posible los factores resultantes. En el caso de que se tengan evidencias de una alta relación entre los componentes (alrededor de 0,40, según Nunnally & Bernstein, 1995), el método debe ser oblicuo; entre los que destacan la rotación Promax y la Oblimin directa. No obstante, téngase en cuenta que esto no deja de ser más que una regla genérica y que el uso de estos u otros procedimientos debe justificarse.

Un requisito indispensable para la aplicación del análisis factorial exploratorio es que las variables se encuentren relacionadas entre sí; es decir, la matriz de correlaciones debe ser tal que puedan “localizarse” agrupamientos relevantes entre variables. Por ello, es necesario presentar antes de la aplicación del análisis, los estimadores que aseguren que la matriz de correlaciones es apropiada, siendo las pruebas de elección la de esfericidad de Bartlett y el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). La primera deberá ser significativa o inferior a .05, y la segunda deberá ser

igual o superior a .60, recomendándose el cálculo de ambas (Cortina, 1993). El investigador debe analizar la solución rotada y, en concreto, la información que se debe presentar incluirá una tabla donde queden claros el número de factores resultantes, las saturaciones de los ítems en dichos factores, la cantidad de varianza explicada por cada factor y la proporción de varianza del ítem que es explicada por los componentes principales (comunalidad o h^2). Siguiendo las recomendaciones de Stevens (1992), deben señalarse las saturaciones que son, al menos, iguales o superiores .40. Aunque otros autores proponen un criterio menos restrictivo, para cuando las muestras están formadas por más de 300 participantes (Floyd & Widaman, 1995). En el caso de que un mismo ítem presente valores de saturación por encima del límite en más de un factor, deberán aparecer en los dos componentes de saturaciones, pero finalmente, para los análisis por dimensión, deberá incluirse en el factor de mayor saturación, existiendo la posibilidad de que, en otras circunstancias o problema en estudio, se pueda asignar al otro factor.

La fiabilidad. Una prueba o escala es fiable si aplicada en diferentes momentos a una o varias personas arroja resultados similares; la fiabilidad revela la consistencia interna o coherencia interna de los ítems, es decir, el grado de correlación de cada variable con el total de ítems. Existen diferentes técnicas para obtener índices de fiabilidad de una prueba. Entre estas se tienen: la prueba de mitades partidas, el test-retest, la KR20 (en instrumentos dicotómicos) y el Alfa de Cronbach. En todas las técnicas de fiabilidad, los índices aceptados oscilan entre .70 a .90. En el cálculo de la fiabilidad, siguiendo estos procedimientos, existen varios problemas a los que el investigador debe enfrentarse (Muñiz, 1998), entre los que destacan el hecho de contar realmente con formas paralelas de un test; el efecto de la experiencia o práctica debida a la primera evaluación sobre la segunda; los cambios “reales” que se producen en la variable medida o saber cuál es el intervalo de tiempo aconsejable para llevar a cabo una nueva administración del mismo test o de una forma paralela de este. En el caso de ítems con una escala tipo Likert, el índice de consistencia interna más utilizado por practicidad, y por excelencia es el Alpha de Cronbach. Sin embargo, este es un indicador imperfecto de la consistencia interna de un factor; y esto a pesar de su uso extendido. En concreto, este índice está muy influido por el número de ítems, llegándose a señalar que, para escalas o componentes con un número de ítems situado entre 30 y 40, los valores van a ser anormalmente altos, por lo que no es recomendable su uso

(Cortina, 1993). Valores de consistencia interna en torno a .95 pondrían de manifiesto más un problema de infrarrepresentación del constructo y validez deficiente que de adecuada fiabilidad. Así, una vez alcanzados índices situados entre .70 y .80 en el Alpha de Cronbach (Cortina, 1993), el objetivo debe ser representar adecuadamente el constructo medido (aunque la correlación entre algunos ítems sea moderada). De lo contrario, tendremos un instrumento con mucha fiabilidad para la evaluación de nada. Cuando el objetivo es de diagnóstico o clasificación, la fiabilidad mínima calculada mediante la consistencia interna debe ser de .80. Sin embargo, cuando los intereses son de investigación y su aplicación no va a tener consecuencias directas sobre los participantes, la fiabilidad puede considerarse adecuada si está en torno a .70 (Nunnally & Bernstein, 1995).

Un tema pendiente en este documento es la tipificación o estandarización de los datos de una prueba, también llamados *baremos*. Existen, en general, tres tipos de baremos: puntajes *T*, puntajes *Z* y los percentiles o centiles. Estos últimos, son los más utilizados en Psicología y Educación por la facilidad de su interpretación. Los baremos son esenciales para la interpretación de los puntajes directos o brutos obtenidos en la evaluación de una persona, ya que estos deberán ser comparados con un grupo normativo (baremo) propio del país, cultura o sociedad, a donde pertenece la persona evaluada. Los baremos, muchas veces se construyen por sexo, edad, nivel educativo, etc., tras la comparación y determinar si existen diferencias individuales significativas entre dos subgrupos. Por ejemplo, entre hombres y mujeres o entre urbanos y rurales habrá que construir los baremos para cada uno de estos subgrupos.

ESTUDIO 1

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio de tipo instrumental (Montero & León, 2007), se aplicó un diseño retrospectivo, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencionado en personas que hayan asistido en un período de 6 meses a un centro de atención de salud. La muestra fue de 463 personas. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 35.73 años, con una *SD* de 13.39. En los hombres, la media de edad es de 34.73 años, con *SD* de 13.31, y en las mujeres, de 36.23 años, con *SD* de 13.40. Referente a las variables sociodemográficas, 297 (64.3 %) son mujeres y 165 (35.7 %) hombres. Otras variables sociodemográficas, como tipo de centro de salud (institución) a la que ha asistido, residencia, rangos de edad, estado civil, entre otras, pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra del estudio

VARIABLES	<i>n</i> = 463
Institución	
Hospital público	74 (16.0 %)
Unidades de salud	94 (20.3 %)
Seguro social (ISSS)	207 (44.8 %)
Clínicas/hospital privado	87 (18.8 %)
Total	462 (100 %)
Género	
Mujeres	297 (64.3 %)
Hombres	165 (35.7 %)
Total	462 (100 %)
Residencia	
Urbana	354 (78.0%)
Rural	100 (22.0 %)
Total	454 (100 %)

Edad (años)	
De 18 a 30 años	214 (46.3 %)
De 31 a 45 años	135 (29.2 %)
Mayores de 46 años	113 (24.5 %)
Total	462 (100 %)
Estado civil	
Casados/as	148 (32.0 %)
Acompañados/as	79 (17.1 %)
Solteros/as	202 (43.7 %)
Divorciados/viudos/as	33 (7.1 %)
Total	462 (100 %)
Escolaridad	
De primer a tercer ciclo	101 (22.2 %)
Bachillerato	178 (39.1 %)
Estudio universitario	124 (27.3 %)
Graduado	52 (11.4 %)
Total	455 (100 %)
Núm. de miembros en el hogar	
De 1 a 3 miembros	166 (36.2 %)
De 4 a 5 miembros	215 (46.9 %)
Más de 6 miembros	77 (16.8 %)
Total	458 (100 %)
Costos de los servicios de salud	
Los costos son baratos/regulares	91 (20.0 %)
Los costos son caros/muy caros	364 (80.0 %)
Total	455 (100 %)

Instrumentos

Escala de la calidad de atención de los servicios de salud. El instrumento se construyó tras la revisión de los postulados teóricos (Donabedian, 1966; QAP, 2004; Minsal, 2017) de diferentes autores e instituciones especializadas en la evaluación de la calidad de los servicios de

salud. Inicialmente se preseleccionó un conjunto de dimensiones o componentes que representan la calidad de los servicios de salud. Entre estas dimensiones se tienen: estructura (organización), proceso, resultado, accesibilidad/oportunidad, competencias profesionales, eficacia, eficiencia, continuidad del manejo y satisfacción del usuario. Sin embargo, tras el análisis detallado de las definiciones de estos componentes, se consideró pertinente operacionalizar aquellas dimensiones que mejor representan la calidad de los servicios de salud. Por ello, se seleccionó aquellas dimensiones para ser operativizadas en reactivos o ítems y que hipotéticamente miden adecuadamente la calidad de atención de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario, y entre estas se tienen: *estructura, proceso, resultado, accesibilidad/oportunidad, competencias profesionales y continuidad del manejo*. Aunque las últimas dos dimensiones algunos autores las incluyen en la primera y segunda dimensión. Pero serán los análisis estadísticos, mediante el análisis factorial de componentes principales, los que configurarán las dimensiones según el patrón de respuestas expresadas por los participantes en el estudio.

En la propuesta inicial del instrumento, se construyó un universo de 51 reactivos o preguntas, pensados y organizados teóricamente para medir las dimensiones o subescalas: *estructura* (ítems del 1 al 12), *proceso-resultado* (ítems del 13 al 28), *accesibilidad/oportunidad* (ítems del 29 al 36), *competencias profesionales* (ítems 37 al 46) y *continuidad del manejo* (ítems del 47 al 51). Tras la administración del universo de reactivos a una muestra de 463 personas de ambos sexos y mayores de edad. El procesado de datos se realizó en el paquete estadístico SPSS versión 22.0. Seguidamente se iniciaron los análisis preliminares y finales, para confirmar o modificar la propuesta teórica estructural original. Estos análisis permitieron, al equipo investigador, la configuración de una estructura factorial moderadamente diferente a la propuesta hipotética.

El análisis factorial mediante el método de componentes principales, permitió encontrar que tanto el análisis Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .97$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 (463) = 14,61; p = .001$) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de factores con rotación Varimax, resultó en una solución de cinco factores que explican el 60.46 % de la varianza total, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a .40; a excepción del reactivo 48, que tuvo una carga factorial inferior a .40, por lo que fue excluido de la prueba.

El instrumento quedó conformado por 50 reactivos y con una estructura factorial moderadamente diferente a la original. En este sentido, el análisis factorial configuró cinco componentes o dimensiones y estas son: *proceso resultado*, conformado por 15 ítems (15, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 37, 38, 40, 45, 46, 50); *estructura/institución*, compuesta por 13 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 49); *actitud diligente*, la cual posee 9 ítems (16, 23, 24, 27, 39, 41, 42, 43, 44); *accesibilidad/oportunidad*, compuesta por 10 ítems (13, 14, 19, 32, 33, 34, 35, 36, 47, 51); y *distancia del centro de salud*, que lo conforman 3 ítems (29, 30, 31). Destacar que la propuesta de QAP (2004) y el Minsal (2017) consideran las competencias profesionales y la estructura/institución como dimensiones independientes entre sí; mientras Donobedian (1966) incluye las competencias técnicas de los profesionales en la dimensión estructura/institución. El análisis factorial incluyó las competencias profesionales del médico en proceso-resultado; mientras las competencias del personal de salud (no médico), las relaciones interpersonales, la eficacia, eficiencia del servicio y la prontitud del servicio configuraron la dimensión actitud diligente. Aunque Donabedian (1966) incluye la eficiencia y eficacia en proceso-resultado. El análisis factorial mediante componentes principales, arrojó un conjunto de índices métricos de validez de constructo, indicando que la prueba posee adecuadas propiedades psicométricas para evaluar la calidad de atención de los servicios de salud, desde la percepción del usuario del sistema de salud salvadoreño.

Tras el análisis factorial, y quedando conformadas las dimensiones de la prueba, se aplicó el análisis confiabilidad mediante el análisis de consistencia interna Alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes índices: en proceso resultado se obtuvo un índice de fiabilidad de .95; en estructura/institución se obtuvo un índice de fiabilidad de .92; en actitud diligente se obtuvo un índice de .92; en accesibilidad/oportunidad se obtuvo un índice de .90; y en distancia del centro de salud se obtuvo un índice de .76, indicando lo anterior que la ECASS posee adecuados criterios métricos de confiabilidad para medir la calidad de atención de los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario del sistema de salud salvadoreño.

Como conclusión, se puede afirmar que la ECASS posee índices psicométricos adecuados de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad para medir la calidad de atención de la salud, desde la perspectiva del usuario del sistema de salud.

Procedimientos

La administración de las pruebas se llevó a cabo solicitando la colaboración de estudiantes universitarios de la carrera de Licenciatura en Psicología, de las asignaturas de Psicología Experimental y Patología Social, impartidas por el licenciado Óscar Williams Martínez; y la asignatura Seminario de Investigación, impartida por el doctor José Ricardo Gutiérrez Quintanilla. Se inició, primeramente, presentándoles el proyecto. Se les explicó la consigna de evaluación y se le solicitó su colaboración de forma voluntaria, para que cada estudiante de la asignatura aplicara de dos a cinco instrumentos entre familiares, amigos y compañeros de trabajo que hayan asistido a un centro de atención de salud en un período no mayor de 6 meses, brindándoles un lapso de 15 días para administrar el instrumento. Al momento de recibir las pruebas, de parte de los estudiantes que colaboraron, estas se revisaban para detectar que no hubiera preguntas en blanco o pruebas sospechosas en sus respuestas; también deberían contener el número de teléfono celular de la persona encuestada.

Finalizada la recolección de las pruebas de los grupos de clases, se procedió a dar una nueva revisión a las pruebas una por una, con la intención de identificar los instrumentos incompletos, así como los que daban lugar a sospechas por el patrón de respuestas. Habiendo finalizado el trabajo de campo y reunido todas las pruebas, se procedió a codificarlas y se dio inicio al procesamiento y tabulación de los datos con el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows. Terminada la fase de tabulación, se llevó a cabo una revisión de la data, con el propósito de detectar y corregir posibles errores cometidos en la tabulación. Después se iniciaron los análisis preliminares y finales de salida de los datos. En el paso siguiente, se procedió a la elaboración de las tablas y el análisis psicométrico, descriptivo e inferencial de los datos del estudio.

RESULTADOS

Análisis psicométricos

Producto de la revisión de postulados teóricos (Donabedian, 1966; QAP, 2004, & Minsal, 2017) de diferentes autores e instituciones especializadas en evaluación de la calidad de los servicios de salud se preseleccionó un conjunto de dimensiones o componentes que representan la calidad de los servicios de salud en El Salvador. Entre estas dimensiones se tienen: estructura (organización), proceso, resultado, accesibilidad/oportunidad, competencias profesionales, eficacia, eficiencia, continuidad del manejo y satisfacción del usuario. Sin embargo, tras la revisión minuciosa de las definiciones de estos componentes, se consideró pertinente operacionalizar aquellos componentes que mejor representan la calidad de los servicios de salud. En este segundo bloque de dimensiones, que se sistematizó en reactivos, se tiene: estructura, proceso, resultado, accesibilidad/oportunidad, competencias profesionales y continuidad del manejo. Aunque en las últimas dos dimensiones hay autores que las incluyen en las primeras dos; pero serán los análisis empíricos los que configurarán las dimensiones según las respuestas expresadas por los participantes en el estudio.

Tras la construcción de la muestra de reactivos con una escala de medida tipo Likert, donde 1= mala(o) y 4= muy buena(o), se solicitó a cinco profesionales especializados en el tema, para que revisaran la redacción de los ítems y la pertinencia de estos para medir las dimensiones propuestas, dando como resultado que la mayoría coincidió en que los ítems estaban contruidos adecuadamente para medir las dimensiones propuestas. En consecuencia, se puede afirmar que el instrumento en construcción posee adecuados criterios de validez de contenido para medir la calidad de atención de los servicios de salud en El Salvador.

La *validez de constructo*. En la primera fase de este proceso se realizó un análisis factorial mediante el método de componentes principales. Tanto el análisis KMO ($KMO = .97$) como la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 14,61; p = .001$) indicaron la adecuación de los datos para este tipo de análisis. Siguiendo el procedimiento de factores con rotación Varimax, resultó en una solución de cinco factores que explican el 60.46 % de la varianza, presentando todos los ítems valores de saturación superiores a .40; a excepción del reactivo 48 (el cumplimiento de las

citas por parte del centro de salud fue), el cual tuvo una carga factorial inferior a .40. En la tabla 2 pueden verse los análisis anteriores.

El análisis factorial mediante componentes principales modificó la propuesta hipotética original de los factores en una solución siempre de cinco factores, pero con importantes modificaciones. Las nuevas dimensiones son: proceso-resultado, estructura (organización), actitud diligente, accesibilidad/oportunidad y distancia del centro de salud. La dimensión satisfacción del usuario resulta de la sumatoria o puntaje total de los ítems de la prueba. En este sentido, se describe cada una de las dimensiones que resultaron del análisis factorial de la escala: el factor uno, proceso-resultado, conformado con quince ítems (15, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 37, 38, 40, 45, 46, 50); el factor dos, estructura, integrado con trece ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 49); el factor tres, actitud diligente, lo conforman nueve ítems (16, 23, 24, 27, 39, 41, 42, 43, 44); el factor cuatro, accesibilidad/oportunidad, lo conforman diez ítems (13, 14, 19, 32, 3, 34, 35, 36, 47, 51); y el factor cinco, distancia del centro de salud, lo conforman tres ítems (29, 30, 31).

Tabla 2. Matriz de componentes principales (factores), su carga factorial rotada y el porcentaje de varianza total explicada por cada dimensión de la escala de calidad de atención de los servicios de salud

Reactivos	Factores/Componentes				
	Proceso resultado (Factor 1)	Estructura (Factor 2)	Actitud diligente (Factor 3)	Accesibilidad / Oportunidad (Factor 4)	Distancia del centro de salud (Factor 5)
A25	.712				
A21	.706				
A26	.702				
A20	.700				
A45	.675				
A46	.629		.403		
A28	.628				
A40	.624				
A50	.622				
A17	.620				
A18	.584	.408			
A38	.578				

A22	.576		
A15	.514		
A37	.422	.404	
A1		.717	
A5		.712	
A4		.695	
A2		.679	
A7		.659	
A6		.630	
A10		.616	
A8		.613	
A3		.602	
A11		.557	
A9		.529	
A19		.457	.447
A12		.447	.400
A49		.438	.404
A43			.730
A44			.700
A42			.691
A41			.633
A27			.633
A39			.617
A24			.601
A16		.426	.534
A23			.467
A32			.572
A33			.452
A14		.402	.506
A13		.413	.499
A34			.487
A36			.475
A47	.403		.473
A35			.438

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

A51	.408			.426	
A31					.804
A29					.776
A30					.580
% Varianza total explicada	46.49	4.57	3.92	3.16	2.31
α	.95	.92	.92	.90	.76

En la tabla de comunalidades se puede observar que las extracciones en la mayoría de los reactivos son superiores a .50, excepto en los ítems 9, 12, 23, 30, y 36, que son inferiores, pero que están cercanos a ese valor. Para verificar estos datos, revisar la tabla 3.

Tabla 3. Comunalidades de los reactivos de la escala sobre la calidad de atención de los centros de salud

<i>Comunalidades</i>		
<i>Reactivos</i>	<i>Inicial</i>	<i>Extracción</i>
A1	1.000	.617
A2	1.000	.583
A3	1.000	.574
A4	1.000	.576
A5	1.000	.623
A6	1.000	.591
A7	1.000	.620
A8	1.000	.618
A9	1.000	.491
A10	1.000	.562
A11	1.000	.532
A12	1.000	.443
A13	1.000	.560
A14	1.000	.552
A15	1.000	.619

A16	1.000	.641
A17	1.000	.631
A18	1.000	.637
A19	1.000	.588
A20	1.000	.672
A21	1.000	.667
A22	1.000	.611
A23	1.000	.484
A24	1.000	.636
A25	1.000	.694
A26	1.000	.686
A27	1.000	.596
A28	1.000	.617
A29	1.000	.685
A30	1.000	.497
A31	1.000	.707
A32	1.000	.629
A33	1.000	.591
A34	1.000	.527
A35	1.000	.583
A36	1.000	.491
A37	1.000	.549
A38	1.000	.586
A39	1.000	.644
A40	1.000	.585
A41	1.000	.650
A42	1.000	.698
A43	1.000	.731
A44	1.000	.659
A45	1.000	.704
A46	1.000	.657
A47	1.000	.554
A48	1.000	.544

A49	1.000	.633
A50	1.000	.621
A51	1.000	.591

Análisis de confiabilidad

Tras el análisis factorial que brindó una configuración de la prueba en cinco componentes, se procedió al análisis de consistencia interna mediante el método de Alfa de Cronbach. El propósito de este análisis de ítems y de consistencia interna es la obtención de índices o criterios empíricos de confiabilidad de los cinco factores logrados por el análisis de componentes principales, en el cual se incluye la estructura factorial y los ítems que conforman cada subescala. En este sentido, se tienen los siguientes factores: *Proceso-resultado* (ítems 15, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 37, 38, 40, 45, 46, 50); *Estructural/institución* (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 49); *Actitud diligente* (ítems 16, 23, 24, 27, 39, 41, 42, 43, 44); *Accesibilidad/oportunidad* (ítems 13, 14, 19, 32, 3, 34, 35, 36, 47, 51); y *Distancia del centro de salud* (ítems 29, 30, 31).

La subescala proceso-resultado. Tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de .95; la media de respuesta a los ítems osciló entre 2.46 (ítem 15) y 2.82 (ítem 38). En casi todos los ítems, la media se encuentra por arriba de la media de la escala, que es de 2.5. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están cercanos a la unidad; la correlación ítems total de los reactivos son superiores a .60. Tal como se observa en la tabla 4, junto con estos estadísticos se calculó la correlación ítems-total corregida y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem. En esta subescala se agruparon los ítems de competencia técnica o profesional que (hipotéticamente) al inicio se habían redactado como una dimensión independiente. El análisis factorial rechazó la hipótesis en el sentido de que las competencias profesionales son parte del proceso y resultado de la calidad de los servicios de salud.

Tabla 4. Media (*M*), desviación estándar (*DE*), correlación ítems-total (*Ri-T*) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la dimensión *proceso-resultado*

<i>Reactivos</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Ri-T</i>	α
A15	2.46	0.87	.687	.950
A17	2.65	0.82	.757	.948
A18	2.63	0.90	.745	.949
A20	2.70	0.81	.737	.949
A21	2.73	0.81	.743	.949
A22	2.61	0.80	.753	.949
A25	2.65	0.87	.765	.948
A26	2.65	0.85	.776	.948
A28	2.68	0.77	.751	.949
A37	2.53	0.78	.644	.951
A38	2.82	0.75	.679	.950
A40	2.70	0.78	.683	.950
A45	2.64	0.84	.803	.947
A46	2.60	0.87	.761	.948
A50	2.69	0.82	.752	.949

La subescala *estructural/organización*. Tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de .92; la media de respuesta a los ítems osciló entre 2.30 (ítem 7) y 2.65 (ítem 4). La mayoría de los ítems ronda la media de la escala (2.5), aunque algunos (4 ítems) sus medias son superiores a la media de la escala. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están cercanas a la unidad; la correlación ítems total de los reactivos son superiores a .50. Tal como se observa en la tabla 5, junto a estos estadísticos se calculó la correlación ítems-total corregida y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Tabla 5. Media (M), desviación estándar (DE), correlación ítems-total ($Ri-T$) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la dimensión *estructura/institución*

<i>Reactivos</i>	M	DE	$Ri-T$	α
A1	2.53	0.85	.666	.923
A2	2.47	0.80	.666	.923
A3	2.41	0.83	.691	.923
A4	2.65	0.91	.676	.923
A5	2.50	0.83	.709	.922
A6	2.48	0.83	.703	.922
A7	2.30	0.89	.745	.921
A8	2.30	0.86	.725	.921
A9	2.41	0.84	.628	.925
A10	2.55	0.87	.711	.922
A11	2.46	0.88	.676	.923
A12	2.46	0.93	.567	.927
A49	2.41	0.82	.683	.923

La subescala *actitud diligente*. Tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.92; la media de respuesta a los ítems osciló entre 2.13 (ítem 30) y 2.41 (ítem 42). En todos los ítems, la media se encuentra relativamente por debajo de la media de la escala, que es de 2.5. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están cercanas a la unidad; la correlación ítems total de los reactivos son superiores a .60. Tal como se observa en la tabla 6, junto a estos estadísticos se calculó la correlación ítems-total corregida y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Tabla 6. Media (M), desviación estándar (DE), correlación ítems-total ($Ri-T$) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la dimensión *actitud diligente*

<i>Reactivos</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Ri-T</i>	α
A16	2.30	0.92	.699	.917
A23	2.13	0.84	.600	.923
A24	2.35	0.84	.739	.915
A27	2.38	0.92	.688	.918
A39	2.33	0.90	.731	.915
A41	2.38	0.90	.730	.915
A42	2.41	0.87	.783	.912
A43	2.26	0.90	.814	.910
A44	2.31	0.88	.755	.914

La subescala *accesibilidad/oportunidad*. Tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.90; la media de respuesta a los ítems osciló entre 2.02 (ítems 32, 33) y 2.54 (ítem 51). En la mayoría de ítems, la media es inferior a la media de la escala, que es de 2.5. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están cercanas a la unidad; la correlación ítems total de los reactivos son superiores a .60. Tal como se observa en la tabla 7, junto a estos estadísticos se calculó la correlación ítems-total corregida y el alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Tabla 7. Media (M), desviación estándar (DE), correlación ítems-total ($Ri-T$) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la dimensión *accesibilidad/oportunidad*

<i>Reactivos</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Ri-T</i>	α
A13	2.42	0.92	.611	.896
A14	2.47	0.92	.625	.895
A19	2.35	0.93	.677	.892
A32	2.02	0.95	.719	.889
A33	2.02	0.93	.676	.892
A34	2.21	0.92	.626	.895
A35	2.24	0.86	.662	.893

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

A36	2.11	0.91	.609	.896
A47	2.33	0.88	.664	.893
A51	2.54	0.92	.698	.891

La subescala *distancia del centro de salud*. Tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.76; la media de respuesta a los ítems osciló entre 2.35 (ítem 30) y 2.64 (ítem 29). En 2 de los 3 ítems, la media se encuentra por arriba de la media de la escala, que es de 2.5; a excepción del ítem 30, el cual tiene una media inferior al de la escala. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están cercanas a la unidad; la correlación ítems-total de los reactivos son superiores a .60. Como se observa en la tabla 8, junto a estos estadísticos se calculó la correlación ítems-total corregida y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Tabla 8. Media (*M*), desviación estándar (*DE*), correlación ítems-total (*Ri-T*) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la dimensión *distancia del centro de salud*

Reactivos	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Ri-T</i>	α
A29	2.64	0.86	.642	.633
A30	2.35	0.88	.485	.804
A31	2.53	0.89	.672	.595

Se realizó un análisis de confiabilidad de la escala total, unificando los reactivos de las cinco dimensiones del instrumento para obtener un índice global de calidad de atención de los servicios de salud, la cual tuvo un valor de consistencia interna Alfa de Cronbach de .98; la media de respuesta a los ítems osciló entre 2.00 (ítem 32) y 2.81 (ítem 38). En más de la mitad de los ítems la media se encuentra relativamente por abajo de la media de la escala, que es de 2.5, mientras que cerca de la mitad de los reactivos la media de los ítems es superior a la media de la escala. Las desviaciones estándar en la mayoría de los ítems están cercanas a la unidad; la correlación ítems total de los reactivos son superiores a .50. Tal como se observa en la tabla 9, junto a estos estadísticos se calculó la correlación ítems-total corregida y el Alfa de Cronbach si se elimina el ítem. El análisis de confiabilidad de la escala total, además de proporcionar un índice de calidad de atención en los servicios de salud,

podrá ser utilizado como criterio de *satisfacción del usuario* o *percepción de calidad de atención* del sistema de salud.

Tabla 9. Media (*M*), desviación estándar (*DE*), correlación ítems-total (*Ri-T*) y el Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado (α) en la escala global *calidad de atención de los servicios de salud (total)*

<i>Reactivos</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Ri-T</i>	<i>A</i>
A1	2.54	0.85	.574	.976
A2	2.48	0.81	.581	.976
A3	2.39	0.83	.677	.976
A4	2.65	0.92	.582	.976
A5	2.49	0.84	.628	.976
A6	2.48	0.83	.666	.976
A7	2.29	0.89	.684	.976
A8	2.29	0.87	.715	.976
A9	2.41	0.84	.585	.976
A10	2.55	0.87	.641	.976
A11	2.46	0.88	.646	.976
A12	2.45	0.93	.578	.976
A13	2.44	0.91	.654	.976
A14	2.46	0.93	.662	.976
A15	2.45	0.87	.699	.976
A16	2.29	0.93	.713	.976
A17	2.64	0.83	.716	.976
A18	2.62	0.90	.740	.976
A19	2.34	0.93	.708	.976
A20	2.68	0.81	.680	.976
A21	2.69	0.79	.667	.976
A22	2.59	0.80	.739	.976
A23	2.11	0.84	.613	.976
A24	2.33	0.83	.719	.976
A25	2.65	0.86	.705	.976
A26	2.64	0.84	.718	.976

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

A27	2.35	0.93	.655	.976
A28	2.68	0.77	.715	.976
A29	2.64	0.87	.452	.976
A30	2.31	0.87	.490	.976
A31	2.54	0.91	.413	.976
A32	2.00	0.95	.673	.976
A33	2.01	0.92	.643	.976
A34	2.18	0.90	.553	.976
A35	2.23	0.87	.659	.976
A36	2.07	0.91	.596	.976
A37	2.51	0.78	.681	.976
A38	2.81	0.75	.644	.976
A39	2.30	0.90	.723	.976
A40	2.68	0.78	.625	.976
A41	2.36	0.90	.711	.976
A42	2.38	0.88	.727	.976
A43	2.23	0.90	.723	.976
A44	2.29	0.89	.681	.976
A45	2.62	0.84	.749	.976
A46	2.58	0.86	.730	.976
A47	2.31	0.87	.678	.976
A49	2.38	0.81	.770	.976
A50	2.68	0.82	.720	.976
A51	2.51	0.94	.737	.976

Análisis descriptivo

El análisis descriptivo de los datos se realiza de dos formas: la primera, se realiza el análisis mediante frecuencias y porcentajes por cada variable o ítems, describiéndose un total de 20 variables, conformadas por 10 ítems cuyas respuestas fueron mayoritariamente deficientes o mala(s), y 10 variables en las que sus respuestas fueron mayormente buena(o) o muy buena(o); también, se realizó un análisis descriptivo mediante tablas de contingencia, cruzando las dimensiones del instrumento con el tipo de

institución prestadora del servicio de salud, utilizando frecuencias y porcentajes para determinar frecuencias y porcentajes por institución, y dimensión de calidad de atención de los servicios. También se aplicó la técnica del Chi cuadrado de Pearson (χ^2) para determinar si existen asociaciones estadísticas significativas, obteniéndose el coeficiente Phi y la V de Cramer (w) para determinar el tamaño de la asociación entre las instituciones de salud y las dimensiones de calidad de atención de la salud.

A continuación, se inicia al análisis descriptivo por pregunta o variable. En relación con el reactivo 4, el cual dice si el centro de salud está limpio y ordenado, 190 (41.1 %) personas expresan que es mala o regular, mientras que 272 (58.9 %) dicen que es buena o muy buena. El reactivo 8, el cual hace referencia a la comodidad básica del paciente cuando tiene consulta externa, 268 (58.1 %) personas expresan que es mala o regular, mientras que 193 (41.9 %) dicen que es buena o muy buena. Con respecto al reactivo 16, el cual trata sobre la atención que recibe de la enfermera(o), 267 (57.7 %) personas dicen que es mala o regular, mientras que 196 (42.3 %) manifiestan que es buena o muy buena. Con referencia al reactivo 20, el cual trata sobre la medicina indicada por el médico, 192(41.5 %) personas expresan que es mala o regular, mientras que 271 (58.5 %) dicen que fue buena o muy buena. En relación con el reactivo 21, el cual trata sobre el tratamiento que le indico el médico para curar la enfermedad, 177 personas (38.3 %) dicen que fue malo o regular, mientras que 285 (61.7 %) dicen que fue bueno o muy bueno.

Referente al reactivo 23, el cual trata sobre la atención del sistema de salud salvadoreño, 314 (67.8 %) personas expresan que es mala o regular, mientras que 149 (32.2 %) dicen que es buena o muy buena; con respecto al reactivo 28, el cual se refiere a la mejora de su salud después de la visita al centro de salud, 179 (40.2 %) dicen que fue mala o regular, mientras que 266 (59.8 %) manifiestan que fue buena o muy buena. En el reactivo 29, el cual hace referencia a la accesibilidad por la distancia a un centro de salud, 192 (42.0 %) personas dicen que es mala o regular, mientras que 265 (58.0%) dicen que es buena o muy buena. Con referencia al reactivo 30, el cual trata sobre los costos en dinero para asistir a una consulta médica, 266 (57.6 %) personas expresan que son altos, mientras que 196 (42.4 %) dicen que son baratos o económicos. En referencia al reactivo 32, el cual trata sobre el tiempo de espera entre

una cita y la otra, 316 (68.5 %) personas expresan que es malo o regular, mientras que 145 (31.5%) dicen que es bueno o muy bueno.

Acercas del reactivo 33, el cual dice si al presentarse a la consulta médica el tiempo de espera fue..., 317 (69.1 %) personas dicen que fue malo o regular, mientras que 142 (30.9 %) dicen que fue bueno o muy bueno. Con referencia al reactivo 34, el cual trata sobre los horarios de atención médica (consulta y emergencia) en El Salvador, 298 (64.5 %) personas manifiestan que son malos o regulares, mientras que 164 (35.5 %) dicen que son buenos o muy buenos. Con respecto al reactivo 35, el cual trata sobre el acceso al médico general en el sistema de salud, 285 (61.8 %) personas expresan que es malo o regular, mientras que 176 (38.2 %) dicen que es bueno o muy bueno. Referente al reactivo 36, el cual trata sobre el acceso al médico especialista en el sistema de salud, 302 (65.5 %) personas dicen que es malo o regular, mientras que 159 (34.5 %) dicen que es bueno o muy bueno. En relación con el reactivo 38, el cual trata acerca de los conocimientos que tiene el médico tratante, 143 (32.0 %) personas dicen que son malos o regulares, mientras que 304 (68.0 %) expresan que son buenos o muy buenos.

Con referencia al reactivo 39, el cual trata acerca de las actitudes (disposición) de personal de salud, 264 (57.0 %) personas dicen que son malas o regulares, mientras que 199 (65.9 %) manifiestan que son buenas o muy buenas. Con respecto al reactivo 40, el cual trata sobre los criterios que posee el médico para elaborar el diagnóstico y tratamiento, 165 (37.2 %) personas dicen que son malos o regulares, mientras que 279 (62.8 %) dicen que son buenos o muy buenos. En relación con el reactivo 43, el cual hace referencia al interés y la atención de la enfermera(o), 274 (59.3 %) personas dicen que es malo o regular, mientras que 188 (40.7%) dicen que son buenos o muy buenos. Con referencia al reactivo 45, el cual trata sobre el interés que mostró el médico tratante en su problema, 187 (40.4 %) personas dicen que fue malo o regular, mientras que 276 (59.6%) dicen que fue bueno o muy bueno. Por último, en el reactivo 49, el cual se refiere a si percibió mejoría y beneficios en su salud después de la consulta al médico, 186 (40.2 %) personas dicen que no percibieron mejoría y beneficios, mientras que 248 (59.8 %) expresan que si percibieron mejoría y beneficios en su salud. Los interrogantes anteriormente descritos y los no descritos pueden verificarse en la tabla 10.

Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de las variables que conforman las dimensiones de la escala que mide la *calidad de atención de los servicios de salud*

N°	Ítems/variables	Total (%)	Malo(a)/ Regular (%)	Bueno(a)/ Muy buena (o) (%)
1	Las instalaciones físicas (infraestructura) del centro de salud, son	462 (100)	215 (46.5)	247 (53.5)
2	La distribución física de los departamentos y unidades del centro de salud es	462 (100)	231 (50.0)	231 (50.0)
3	La organización funcional (toma de decisiones) del centro de salud es	460 (100)	236 (51.3)	224 (48.7)
4	El centro de salud está limpio y ordenado	462 (100)	190 (41.1)	272 (58.9)
5	La conservación y mantenimiento del centro de salud son	463 (100)	232 (50.1)	231 (49.9)
6	La dirección y administración del centro de salud son	458 (100)	225 (49.1)	233 (50.9)
7	La comodidad básica del paciente cuando está ingresado en el centro de salud es	458 (100)	261 (57.0)	197 (43.0)
8	La comodidad básica del paciente cuando tiene consulta externa es	461 (100)	268 (58.1)	193 (41.9)
9	El equipamiento de bancas, sillas y escritorios es	462 (100)	245 (53.0)	217 (47.0)
10	Los aparatos, equipo médico y materiales son	461 (100)	216 (46.9)	245 (53.1)
11	El proceso de atención sigue un protocolo estándar (ordenado)	460 (100)	235 (51.1)	225 (48.9)
12	La existencia de medicamentos e insumos médicos (jeringas, descartables) es	461 (100)	232 (50.3)	229 (49.7)
13	La elaboración del expediente clínico y entrega de medicamentos es	463 (100)	243 (52.5)	220 (47.5)
14	La toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados es	460 (100)	236 (51.3)	224 (48.7)
15	El seguimiento de la evolución de la enfermedad por el médico es	463 (100)	220 (47.5)	243 (52.5)

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema
salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

16	La atención que recibe de la enfermera(o) es	463 (100)	267 (57.7)	196 (42.3)
17	La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico fue	462 (100)	197 (42.6)	265 (57.4)
18	Observa diligencia y esfuerzo en el médico para tratar su problema de salud	460 (100)	202 (43.9)	258 (56.1)
19	Lo administrativo como sacar una cita, solicitar una constancia médica es	462 (100)	255 (55.2)	207 (44.8)
20	La medicina indicada por el médico fue	463 (100)	192 (41.5)	271 (58.5)
21	El tratamiento que le indicó el médico para curar la enfermedad fue	462 (100)	177 (38.3)	285 (61.7)
22	La impresión general de la atención médica recibida fue	461 (100)	200 (43.4)	261 (56.6)
23	La atención del sistema de salud salvadoreño (hospital, clínica, unidad de salud) es	463 (100)	314 (67.8)	149 (32.2)
24	Los cuidados e indicaciones que recibe de las(os) profesionales de enfermería son	461 (100)	258 (56.0)	203 (44.0)
25	La explicación que le dio el médico tratante sobre la enfermedad fue	462 (100)	196 (42.4)	266 (57.6)
26	La explicación que le dio el médico tratante sobre el tratamiento fue	461 (100)	195 (42.3)	266 (57.7)
27	La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir con su tratamiento	461 (100)	249 (54.0)	212 (46.0)
28	La mejora de su salud después de la visita al centro de salud fue	445 (100)	179 (40.2)	266 (59.8)
29	La accesibilidad por la distancia a un centro de salud es	457 (100)	192 (42.0)	265 (58.0)
30	Los costos en dinero para asistir a una consulta médica son	462 (100)	266 (57.6)	196 (42.4)
31	El trasladarse de su casa a un centro de salud es	461 (100)	215 (46.6)	246 (53.4)
32	El tiempo de espera entre una cita y la otra fue	461 (100)	316 (68.5)	145 (31.5)
33	Al presentarse a la consulta médica, el tiempo de espera fue	459 (100)	317 (69.1)	142 (30.9)

34	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	462 (100)	298 (64.5)	164 (35.5)
35	El acceso al médico general en el sistema de salud es	461 (100)	285 (61.8)	176 (38.2)
36	El acceso al médico especialista en el sistema de salud es	461 (100)	302 (65.5)	159 (34.5)
37	Las habilidades de los profesionales de la salud para hacer su trabajo son	462 (100)	216 (46.8)	246 (53.2)
38	Los conocimientos que tiene el médico tratante son	447 (100)	143 (32.0)	304 (68.0)
39	Las actitudes (disposición) del personal de salud fueron	463 (100)	264 (57.0)	199 (65.9)
40	Los criterios que posee el médico para elaborar el diagnóstico y los tratamientos son	444 (100)	165 (37.2)	279 (62.8)
41	El trato (humano) de los profesionales de la salud fue	461 (100)	245 (53.1)	216 (46.9)
42	La diligencia y el esfuerzo en la atención del personal de salud fueron	462 (100)	248 (53.7)	214 (46.3)
43	El interés y la atención de la enfermera(o) fueron	462 (100)	274 (59.3)	188 (40.7)
44	Las relaciones interpersonales del personal de enfermeras fueron	461 (100)	265 (57.5)	196 (42.5)
45	El interés que mostró el médico tratante en su problema fue	463 (100)	187 (40.4)	276 (59.6)
46	El humanismo que mostró el médico tratante en su problema fue	461 (100)	201 (43.6)	260 (56.4)
47	El seguimiento o la continuidad entre una cita y la siguiente fue	463 (100)	266 (57.5)	197 (42.5)
48	La permanencia o disposición de los servicios de salud en el centro es	461 (100)	248 (53.8)	213 (46.2)
49	Percibió mejoría y beneficios en su salud después de la consulta al médico	463 (100)	186 (40.2)	277 (59.8)
50	Los exámenes clínicos fueron indicados y realizados en un tiempo razonable	463 (100)	215 (46.4)	248 (53.6)

A continuación, se describen los análisis descriptivos mediante tablas de contingencia, contrastándose las dimensiones de la prueba con la variable *institución de salud*. En relación con la dimensión *proceso-resultado*

en contraste por *institución*, se encontró que, de un total de 422 personas (100 %), 209 (49.5 %) personas consideran que el proceso-resultado en la atención de servicio de salud es malo o regular, mientras que 213 (50.5 %) lo consideran bueno o muy bueno. Al segmentar el grupo que respondió malo o regular, y considerando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 110 (57.3 %) personas son del Seguro social y 46 (56.8 %) son de las unidades de salud. Asimismo, al segmentar el grupo que respondió que bueno o muy bueno, y señalando dos instituciones con incidencias altas, se tiene que 68 (85.0 %) personas son de clínicas u hospitales privados y 51 (55.4 %) son de hospitales públicos. La prueba de Chi cuadrado demostró una asociación estadísticamente significativa entre la institución de salud y el proceso-resultado de atención en salud [$X^2(3, N = 422) = 47.193$; $p < .001$; $w = .33$], indicando que las instituciones de salud tienen una asociación media con el proceso-resultado. Para verificar o ampliar los análisis anteriores, ver la tabla 11.

Tabla 11. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *proceso-resultado*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Malo/regular (%)</i>	<i>Bueno / Muy bueno (%)</i>	X^2	P	w
Hospital público	69 (16.4)	28 (40.6)	51 (55.4)	47.193	< .001	.33
Unidades de salud	81 (19.2)	46 (56.8)	35 (43.2)			
Seguro social	192 (45.5)	110 (57.3)	82 (42.7)			
Clínicas/Hospital privado	80 (19.0)	12 (15.0)	68 (85.0)			
Total	422 (100)	209 (49.5)	213 (50.5)			

Con referencia a la dimensión *estructural/infraestructura* en contraste con la de *institución de salud*, se encontró que, de un total de 435 (100 %) personas, 211 (48.5 %) expresaron que la estructura en la atención de servicio de salud es mala o regular, mientras que 224 (51.5 %) consideran que es buena o muy buena. Al segmentar el grupo que respondió mala o regular, y considerando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 44 (62.9 %) personas son de hospitales públicos y 49 (55.7 %) son de las unidades de salud. Asimismo, al segmentar el grupo que respondió que buena o muy buena, y señalando las dos instituciones con incidencias más altas, se tiene que 68 (84.0 %) personas son de clínicas u hospitales privados y 91 (46.4 %) son del seguro social. La prueba de Chi

cuadrado demostró una asociación estadísticamente significativa entre la estructura con la institución [$X^2(3, N = 435) = 43.761; p < .001; w = .31$], indicando que las instituciones de salud tienen una asociación media con la estructura/infraestructura. Para verificar o ampliar los análisis, revisar la tabla 12.

Tabla 12. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *estructural/infraestructura*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Mala/ Regular (%)</i>	<i>Buena / Muy buena (%)</i>	X^2	p	W
Hospital público	70 (16.1)	44 (62.9)	26 (37.1)	43.761	< .001	.31
Unidades de salud	88 (20.2)	49 (55.7)	39 (44.3)			
Seguro social	196 (45.1)	105 (53.6)	91 (46.4)			
Clínicas/Hospital privado	81 (18.6)	13 (16.0)	68 (84.0)			
Total	435 (100)	211 (48.5)	224 (51.5)			

Con referencia a la dimensión *actitud diligente* en contraste por *institución de salud*, se encontró que, de un total de 451 (100 %) personas, 220 (48.8 %) consideran que la actitud diligente en la atención de servicio de salud es mala o regular, mientras que 231 (51.2 %) la consideran buena o muy buena; al segmentar el grupo que respondió mala o regular. Y, considerando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 126 (62.1 %) personas son del Seguro social y 37 (50.0 %) son de hospitales públicos. Asimismo, al segmentar el grupo que respondió que buena o muy buena, y señalando las dos instituciones con incidencias más altas, se tiene que 66 (80.5 %) personas son de clínicas u hospitales privados y 51 (55.4 %) son de unidades de salud. La prueba de Chi cuadrado demostró una asociación estadísticamente significativa entre la actitud diligente con la institución de salud [$X^2(3, N = 451) = 43.160; p < .001; w = .31$], indicando que las instituciones de salud tienen una asociación media con la actitud diligente. Para verificar o ampliar los análisis, revisar la tabla 13.

Tabla 13. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *actitud diligente*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Mala/ Regular (%)</i>	<i>Buena / Muy buena (%)</i>	X^2	p	w
Hospital público	74 (16.4)	37 (50.0)	37 (50.0)	43.160	< .001	.31
Unidades de salud	92 (20.4)	41 (44.6)	51 (55.4)			
Seguro social	203 (45.0)	126 (62.1)	77 (37.9)			
Clínicas/Hospital privado	82 (18.2)	16 (19.5)	66 (80.5)			
Total	451 (100)	220 (48.8)	231 (51.2)			

Con referencia a la dimensión *accesibilidad/oportunidad* en contraste por *institución*, se encontró que, de un total de 447 (100 %) personas, 247 (55.3 %) consideran que la accesibilidad/oportunidad en la atención de servicio de salud es mala o regular, mientras que 200 (44.7 %) lo consideran buena o muy buena. Al segmentar el grupo que respondió mala o regular, y considerando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 141 (68.8 %) personas son del seguro social y 42 (55.7 %) son de hospitales públicos. Asimismo, al segmentar el grupo que respondió que buena o muy buena, y considerando las dos instituciones con las incidencias más altas, se tiene que 64 (79.0 %) personas son de clínicas u hospitales privados y 43 (46.4 %) son de unidades de salud. La prueba de Chi cuadrado demostró una asociación estadísticamente significativa entre la accesibilidad/oportunidad con la institución de salud [$X^2(3, N = 447) = 54.411; p < .001; w = .35$], indicando que las instituciones de salud tienen una asociación media con la accesibilidad/oportunidad. Para verificar o ampliar los análisis anteriores, revisar la tabla 14.

Tabla 14. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *accesibilidad/oportunidad*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Mala /regular (%)</i>	<i>Buena / Muy buena (%)</i>	X^2	P	w
Hospital público	71 (15.9)	42 (59.2)	29 (40.8)	54.411	< .001	.35
Unidades de salud	90 (20.1)	47 (52.2)	43 (47.8)			
Seguro social	205 (45.9)	141 (68.8)	64 (31.2)			
Clínicas/Hospital privado	81 (18.1)	17 (21.0)	64 (79.0)			
Total	447 (100)	247 (55.3)	200 (44.7)			

Con referencia a la dimensión *distancia del centro de salud* en contraste con *institución de salud*, se encontró que, de un total de 438 (100 %) personas, 217 (49.5 %) consideran que la distancia del centro de salud es larga y mala, mientras que 221 (50.5 %) que es corta y muy buena. Al segmentar el grupo que respondió larga y mala, y considerando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 47 (69.1 %) personas son de hospitales públicos y 46 (52.3 %) son de las unidades de salud. Asimismo, al segmentar el grupo que respondió que corta y muy buena, y considerando las dos instituciones con incidencias más altas, se tiene que 55 (67.1 %) son de clínicas u hospitales privados y 103 (51.5 %) son del Seguro social. La prueba de Chi cuadrado demostró una asociación estadísticamente significativa entre la distancia de su casa al centro de salud [$X^2(3, N = 438) = 19.829; p < .001; w = .21$], indicando que las instituciones de salud tienen una asociación media con la distancia del centro de salud. Para verificar o ampliar los análisis, se puede revisar la tabla 15.

Tabla 15. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *distancia del centro de salud*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Larga y mala (%)</i>	<i>Corta y buena (%)</i>	X^2	p	w
Hospital público	68 (15.5)	47 (69.1)	21 (30.9)	19.829	< .001	.21
Unidades de salud	88 (20.1)	46 (52.3)	42 (47.7)			
Seguro social	200 (45.7)	97 (48.5)	103(51.5)			
Clínicas/Hospital privado	82 (18.7)	27 (32.9)	55 (67.1)			
Total	438 (100)	217 (49.5)	221 (50.5)			

Con referencia a la calidad de atención de los servicios de salud (total), en contraste con *institución*, se encontró que, de un total de 385 personas (100 %), 194 (50.4 %) consideran que la calidad de atención de la salud es mala o regular, mientras que 221 (50.5 %) la consideran buena o muy buena. Al segmentar el grupo que respondió mala o regular, y considerando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 41 (64.1 %) son de hospitales públicos y 107 (52.3 %) son del Seguro social. Asimismo, al segmentar el grupo que respondió que buena o muy buena, y considerando las dos incidencias más altas, se tiene que 59 (85.5 %) son de clínicas u hospitales privados y 40 (52.6 %) son de unidades de salud. La prueba de Chi cuadrado demostró una asociación estadísticamente significativa entre la calidad de atención de la salud con la institución [$X^2(3, N = 385) = 48.254; p < .001; w = .35$], indicando que las instituciones de salud tienen una asociación media con la calidad de atención de los servicios de salud. Para verificar o ampliar los análisis anteriores, ver la tabla 16.

Tabla 16. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *calidad de atención de la salud*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Mala /regular (%)</i>	<i>Buena / Muy buena (%)</i>	X^2	<i>P</i>	<i>w</i>
Hospital público	64 (16,6)	41 (64,1)	23 (35,9)	48.254	< .001	.35
Unidades de salud	76 (19.7)	36 (47.4)	40 (52.6)			
Seguro social	176 (45.7)	107 (60.8)	69 (39.2)			
Clínicas/Hospital privado	69 (17.9)	10 (14.5)	59 (85.5)			
Total	385 (100)	194 (50.4)	191 (49.6)			

Con referencia a los costos al enfermarse y curarse, en contraste con *institución de salud*, se encontró que, de un total de 454 personas (100 %), 91 (20.0 %) consideran que los costos por enfermarse y curarse en El Salvador son baratos o económicos, mientras que 363 (80.0 %) los consideran caros o muy caros. Al segmentar el grupo que respondió caro o muy caro, y mencionando las dos instituciones con mayor incidencia, se tiene que 72 (84.7 %) son de clínicas y hospitales privados, y 166 (81.0 %) son del Seguro social. La prueba de Chi cuadrado no demostró una asociación estadísticamente significativa entre los costos de los servicios de salud con la institución [$X^2(3, N = 454) = 2.783; p = .426; w = .08$], indicando que las instituciones de salud no tienen una asociación con los costos por enfermarse y curarse. Para verificar o ampliar los análisis anteriores, ver la tabla 17.

Tabla 17. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *costos por enfermarse y curarse*

<i>Institución</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Baratos / económicos (%)</i>	<i>Caro/ muy caros (%)</i>	X^2	<i>p</i>	<i>W</i>
Hospital público	74 (16,3)	18 (24.3)	56 (75.7)	2.783	.426	.08
Unidades de salud	90 (19.8)	21 (23.3)	69 (76.7)			
Seguro social	205 (45.2)	39 (19.0)	166 (81.0)			
Clínicas/Hospital privado	85 (18.7)	13 (15.3)	72 (84.7)			
Total	454 (100)	91 (20.0)	363 (80.0)			

Análisis inferencial

En el análisis inferencial de resultados, se aplicaron pruebas paramétricas como la prueba t de Student para muestras independientes, el análisis de varianza (Anova) y las correlaciones de Pearson. Se contrastan las variables o dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud o variables criterio (dependientes) en función de las variables predictoras o independientes (cualitativas), se contrastan por el tipo de institución, residencia y los costos por enfermarse y curarse. También, en cada contraste estadístico se aplicaron técnicas estadísticas estandarizadas como la eta cuadrado parcial (η_p^2) cuando en el contraste se aplicó la técnica de análisis de varianza (Anova), y la D de Cohen en la prueba t. Estas técnicas estadísticas permiten cuantificar el tamaño del efecto de las variables predictoras o independientes sobre las variables criterios o dependientes. Los tamaños del efecto son interpretados de la forma siguiente: para la D de Cohen existen tres niveles, el primero está entre .20 a .40, el cual indica un efecto pequeño; el segundo está entre .50 a 0.70, el cual indica un efecto medio; y el tercero está entre .80 a 2.0, el cual indica un efecto grande. También la eta cuadrado parcial ($\eta_p^2 = R^2$) se ordena en tres niveles: entre .010 a .038 indica un efecto pequeño; entre .059 a .109 indica un efecto medio; y entre .138 a .500 indica un efecto grande (Cohen, 1988). También se aplicaron correlaciones de Pearson (r) para determinar si existen correlaciones entre las variables o subescalas del instrumento. Para ello se tomará en cuenta el tamaño de la correlación, el cual está dividido en tres rangos: de .10 a .29 indica una correlación pequeña; de .30 a .49 indica una correlación media; y superior a .50 indica una correlación grande (Cohen, 1988). Estos últimos criterios también se aplicaron en las relaciones o asociaciones obtenidas mediante la técnica de Chi cuadrado de Pearson (Cohen, 1988) para establecer el tamaño de la asociación con las técnicas de *Phi* y V Cramer (w). En cada una de las comparaciones estadísticas se podrá observar el tamaño del efecto y de la correlación en cada tabla.

Para contrastar las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud en función del tipo de institución, se aplicó el análisis de varianza (Anova factorial). En el análisis de la dimensión *proceso-resultado* se encontraron diferencias estadísticas entre los hospitales públicos, unidades de salud, Seguro social y clínicas y hospitales privados [($M = 36.49$, $DE = 9.13$; $M = 35.70$, $DE = 8.57$; $M = 35.23$, $DE = 7.96$; $M =$

44.49, $DE = 7.98$); $F(3.422) = 25.38$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .154$]. La aplicación de la prueba *post hoc* de Scheffé demostró que existen diferencias significativas entre las clínicas y los hospitales privados con los hospitales públicos ($p < .001$); con las unidades de salud ($p < .001$); y con los centros de salud del Seguro social ($p < .001$), presentando mayores problemas de calidad de atención de la salud en el proceso-resultado los hospitales públicos, las unidades de salud y los centros de salud del Seguro social, indicando un efecto grande del tipo de institución de salud en el proceso-resultado de la calidad de atención de la salud.

Con respecto a la variable *estructural/institución*, se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los hospitales públicos, las unidades de salud, el Seguro social y las clínicas y los hospitales privados [($M = 27.21$, $DE = 7.25$; $M = 28.08$, $DE = 7.06$; $M = 28.75$, $DE = 6.58$; $M = 36.15$, $DE = 7.59$); $F(3.422) = 28.79$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .166$]. La aplicación de la prueba *post hoc* de Scheffé demostró que existen diferencias significativas entre las clínicas y los hospitales privados con los hospitales públicos ($p < .001$); con las unidades de salud ($p < .001$); y con los centros de salud del Seguro social ($p < .001$), presentando mayores problemas de calidad de atención de la salud en la estructura/institución los hospitales públicos, las unidades de salud y los centros de salud del Seguro social, indicando un efecto grande del tipo de institución de salud en la estructura/institución de la calidad de atención de la salud. Al analizar la variable *accesibilidad/oportunidad*, se encontraron diferencias estadísticas entre los hospitales públicos, las unidades de salud, el Seguro social y las clínicas y los hospitales privados [($M = 19.70$, $DE = 6.30$; $M = 20.06$, $DE = 6.07$; $M = 18.72$, $DE = 4.86$; $M = 25.96$, $DE = 5.59$); $F(3.446) = 34.58$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .190$]. La aplicación de la prueba *post hoc* de Scheffé demostró que existen diferencias significativas entre las clínicas y los hospitales privados con los hospitales públicos ($p < .001$); con las unidades de salud ($p < .001$); y con los centros de salud del Seguro social ($p < .001$), presentando mayores problemas de calidad de atención de la salud debido a la *accesibilidad/oportunidad* los hospitales públicos, las unidades de salud y los centros de salud del Seguro social, indicando un efecto grande del tipo de institución de salud en la accesibilidad/oportunidad de la calidad de atención de la salud. Para ampliar estos datos, se puede ver la tabla 18.

Tabla 18. Diferencia de medias (M) y desviación estándar (DE) de las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud en función del tipo de institución de salud

Dimensiones	Institución	N	M	DE	*SE	IC/95%	F	p	η_p^2
Proceso-resultado	Hospital público	69	36.40	9.13	1.10	[34.21, 38.59]	25.38	< .001	.154
	Unidades de Salud	82	35.70	8.57	0.95	[33.81, 37.58]			
	Seguro social	192	35.23	7.96	0.57	[34.10, 36.36]			
	Clínica/Hospital privado	80	44.49	7.98	0.89	[42.71, 46.27]			
Estructura/ institución	Total	423	37.26	8.97	0.44	[36.41, 38.12]	28.79	< .001	.166
	Hospital público	70	27.21	7.25	0.87	[25.48, 28.94]			
	Unidades de Salud	90	28.08	7.06	0.74	[26.60, 29.56]			
	Seguro social	197	28.75	6.58	0.47	[27.83, 29.68]			
Actitud diligente	Clínica/Hospital privado	81	36.15	7.59	0.84	[34.47, 37.83]	22.58	< .001	.131
	Total	438	29.74	7.62	0.36	[29.02, 30.45]			
	Hospital público	74	18.32	5.80	0.67	[16.98, 19.67]			
	Unidades de Salud	92	18.71	5.83	0.61	[17.50, 19.92]			
Actitud diligente	Seguro social	203	17.31	4.93	0.35	[16.63, 18.00]	21.85	< .001	.131
	Clínica/Hospital privado	83	22.96	5.07	0.56	[21.85, 24.07]			
	Total	452	18.80	5.66	0.27	[18.28, 19.32]			

Accesibilidad/ oportunidad	Hospital público	71	19.70	6.30	0.75	[18.21, 21.19]	34.58	< .001	.190
	Unidades de Salud	90	20.06	6.07	0.64	[18.78, 21.33]			
	Seguro social	205	18.72	4.86	0.34	[18.05, 19.38]			
	Clínica/Hospital privado	81	25.96	5.59	0.62	[24.72, 27.20]			
	Total	447	20.46	6.08	0.29	[19.89, 21.02]			
D. del centro de salud	Hospital público	72	5.35	1.90	0.22	[4.90, 5.80]	6.04	< .001	.039
	Unidades de Salud	93	5.77	1.78	0.18	[5.41, 6.14]			
	Seguro social	205	5.78	1.57	0.11	[5.56, 6.00]			
	Clínica/Hospital privado	83	6.45	1.44	0.16	[6.14, 6.77]			
	Total	453	5.83	1.68	0.08	[5.68, 5.99]			
C. de atención de la salud	Hospital público	64	113.97	29.66	3.71	[106.56, 121.38]	28.28	< .001	.181
	Unidades de Salud	76	116.40	28.85	3.31	[109.81, 123.00]			
	Seguro social	178	113.08	22.99	1.72	[109.68, 116.49]			
	Clínica/Hospital privado	69	145.64	26.18	3.15	[139.35, 151.93]			
	Total	387	119.69	28.58	1.45	[116.83, 122.54]			

* SE= Error estándar

Para el análisis de las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud en los centros de salud, en función de la residencia de los encuestados, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. En el análisis del factor *proceso-resultado*, en función de la residencia de la muestra, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre las personas que residen en el área urbana y las personas que residen en el área rural [($M = 36.69$, $DE = 9.03$; $M = 38.81$, $DE = 8.52$); $t(415) = -1.98$; $p = .049$; $d = .24$], presentando un efecto pequeño el grupo que residen en el área urbana en comparación con los residentes rurales. En el contraste con el factor *estructura/institución*, en función de la residencia de los participantes, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre personas que residen en el área urbana y las que residen en el área rural [($M = 29.18$, $DE = 7.85$; $M = 31.31$, $DE = 6.73$); $t(429) = -2.04$; $p = .017$; $d = .29$], presentando un efecto pequeño el grupo que residen en el área urbana en comparación con los residentes rurales. En el contraste del factor *actitud diligente*, en función de la residencia de la muestra, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre las personas que residen en el área urbana y las que residen en el área rural [($M = 18.34$, $DE = 5.65$; $M = 20.14$, $DE = 5.51$); $t(442) = -2.77$; $p = .006$; $d = .32$], presentando un efecto pequeño el grupo que reside en el área urbana, en comparación con residentes rurales. Estos resultados se pueden verificar en la tabla 19.

Tabla 19. Diferencia de medias (*M*) y desviación estándar (*DE*) de las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de la salud, en función de la residencia de la muestra

<i>Dimensiones</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>*SEM</i>	<i>95% IC</i>	<i>T</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Proceso-resultado	Urbana	36.69	9.03	0.50	[-4.22, -0.01]	-1.98	.049	.24
	Rural	38.81	8.52	0.91				
Estructura/ institución	Urbana	29.18	7.85	0.43	[-3.87, -0.39]	-2.04	.017	.29
	Rural	31.31	6.73	0.69				
Actitud diligente	Urbana	18.34	5.65	0.30	[-3.07, -0.52]	-2.77	.006	.32
	Rural	20.14	5.51	0.56				
Accesibilidad/ oportunidad	Urbana	20.24	6.12	0.33	[-2.01, 0.73]	-0.92	.359	.11
	Rural	20.88	5.99	0.60				
Distancia del centro de salud	Urbana	5.88	1.58	0.08	[-0.00, 0.75]	1.96	.050	.21
	Rural	5.51	1.93	0.20				
C. de atención de la salud	Urbana	117.93	28.87	1.66	[-13.25, 0.84]	-1.73	.084	.22
	Rural	124.13	26.98	3.02				

* *SEM*= error estándar de media o medida

Para el análisis de las dimensiones de la calidad de atención en los centros de salud, en función de los costos por enfermarse y curarse, se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. En el análisis del factor *proceso-resultado*, en función de los costos de los servicios de salud, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre las personas que dicen que los costos son baratos o económicos y las personas que dicen que los costos son caros o muy caros [(M = 40.85, DE = 8.55; M = 36.35, DE = 8.89); $t(414) = 4.18$; $p < .001$; $d = .52$], presentando un efecto medio el grupo de personas que dicen que los costos son caros o muy caros en comparación con los que dicen que los costos son baratos y económicos. En el contraste con el factor *actitud diligente*, en función de los costos de los servicios de salud, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre las personas que dicen que los costos son baratos o económicos y las personas que dicen que los costos son caros o muy caros [(M = 21.50, DE = 5.42; M = 18.11, DE = 5.54); $t(443) = 5.17$; $p < .001$; $d = .62$], presentando un efecto medio el grupo personas que dicen que los costos son caros o muy caros, en comparación con los que dicen que los costos son baratos o económicos. En el contraste con el factor *accesibilidad/oportunidad*, en función de los costos de los servicios de salud, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre personas que dicen que los costos son baratos o económicos y las personas que dicen que los costos son caros o muy caros [(M = 21.50, DE = 5.42; M = 18.11, DE = 5.54); $t(439) = 5.17$; $p < .001$; $d = .55$], presentando un efecto medio el grupo de personas que dicen que los costos son caros o muy caros, en comparación con los que dicen que los costos son baratos. Estos resultados los puede verificar en la tabla 20.

Tabla 20. Diferencia de medias (*M*) y desviación estándar (*DE*) de las dimensiones de la calidad atención de los servicios de la salud, en función de los costos por enfermarse y curarse

<i>Dimensiones</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>*SEM</i>	<i>95%IC</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>d</i>
Proceso-resultado	Baratos/económico	84	40.85	8.55	0.93	[2.39, 6.62]	4.18	< .001	.52
	Caros/muy caros	332	36.35	8.89	0.49				
Estructural/ institución	Baratos/económico	88	31.96	7.15	0.76	[1.03, 4.61]	3.10	.002	.38
	Caros/muy caros	343	29.14	7.73	0.42				
Actitud diligente	Baratos/económico	88	21.50	5.42	0.58	[2.10, 4.69]	5.17	< .001	.62
	Caros/muy caros	357	18.11	5.54	0.29				
Accesibilidad/oportunidad	Baratos/económico	89	23.04	5.93	0.63	[1.86, 4.64]	4.59	< .001	.55
	Caros/muy caros	352	19.79	5.98	0.32				
D. del centro de salud	Baratos/económico	91	6.39	1.65	0.17	[0.33, 1.10]	3.65	< .001	.43
	Caros/muy caros	355	5.67	1.67	0.09				
C. de atención de la salud	Baratos/económico	79	132.33	27.93	3.14	[9.02, 22.97]	4.51	< .001	.57
	Caros/muy caros	302	116.34	28.12	1.62				

* SEM= error estándar de media o medida

Correlaciones

Para establecer y determinar si existen correlaciones entre las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud, se aplicó la correlación de Pearson (r), encontrándose correlaciones estadísticas significativas que van desde medias a grandes. En este sentido, se tiene que existe correlación significativa entre proceso-resultado y actitud diligente [$r(417) = .797; p < .001$], entre proceso-resultado y accesibilidad/oportunidad [$r(415) = .780; p < .001$], entre proceso-resultado y calidad de atención de la salud [$r(388) = .926; p < .001$], entre estructura/institución y actitud diligente [$r(431) = .707; p < .001$], entre estructura/institución y calidad de atención de la salud [$r(388) = .884; p < .001$], entre actitud diligente y accesibilidad/oportunidad [$r(441) = .800; p < .001$], entre actitud diligente y calidad de atención de la salud [$r(388) = .898; p < .001$], y entre accesibilidad/oportunidad y calidad de atención de la salud [$r(388) = .908; p < .001$]. Para ampliar y revisar estos análisis, puede ver la tabla 21.

Tabla 21. Correlaciones de Pearson (r) entre las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud con la escala total

<i>Dimensiones</i>	<i>PR</i>	<i>EI</i>	<i>AD</i>	<i>AO</i>	<i>DCS</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Proceso-resultado (PR)						37.25	8.96
Estructura/institución (EI)	.749					29.72	7.63
Actitud diligente (AD)	.797	.707				18.79	5.66
Accesibilidad/oportunidad (AO)	.780	.733	.800			20.45	6.08
Distancia del centro de salud (DCS)	.451	.433	.461	.535		5.83	1.68
Calidad de atención de la salud (CAS) [Total]	.926	.884	.898	.908	.587	119.63	28.56

DISCUSIÓN

Existen diferentes postulados teóricos que definen y explican la evaluación de la calidad de atención de la salud. La mayoría de estos autores presentan coincidencia referente a las dimensiones que deberán medirse al evaluar la calidad de la salud (Donabedian, 1966; QAP, 2004; OPS-OMS, 2007; Minsal, 2017). Sin embargo, algunos enfatizan en unos componentes, mientras otros insisten en otras dimensiones. La evaluación de la calidad de los servicios de salud y la creación de indicadores estandarizados comenzó a ser sistematizados en la década de los 50 del siglo pasado en EE.EE, pero estos esfuerzos ya habían iniciado en 1910. Los primeros esfuerzos en América Latina comenzaron en la década de los 70. En El Salvador existió un primer intento en el año 2004, que resultó infructuoso; pero fue hasta el año 2013 que comenzó a instalarse formalmente un sistema de GC en el sector público de la salud. Al instalar un sistema de GC en los establecimientos prestadores de los servicios de salud, también debe conllevar un proceso de evaluación de la calidad con sus indicadores y criterios de cumplimiento. La evaluación de la calidad de la salud, se puede desarrollar desde tres perspectivas: la evaluación y el monitoreo institucional, la realizada por los prestadores del servicio y la evaluación desde la perspectiva del usuario del servicio, también llamada *satisfacción del usuario* o *percepción de la calidad de los servicios de salud*.

El presente estudio está enfocado en esta última visión de la evaluación. Como producto de la revisión de la literatura y búsqueda de instrumentos que midiesen la calidad de los servicios de salud, se tomó la decisión de diseñar y validar un instrumento que midiera las dimensiones más importantes de la calidad de la salud en El Salvador. En este sentido, se seleccionaron los componentes propuestos por Donabedian, el QAP y el Minsal. Inicialmente se preseleccionaron nueve dimensiones relevantes. Tras una revisión de las definiciones, se operacionalizaron en reactivos los cinco componentes más representativos de la calidad de los servicios de salud: estructura/institución, proceso, resultados, accesibilidad/oportunidad y competencias profesionales. Para iniciar la construcción de los reactivos, se siguió la propuesta de Nunnally y Bernstein (1995), que expresa que, cuando se construye una prueba, el objetivo es conseguir un grupo de ítems que maximice la varianza del test, seleccionando para ello a aquellos con un elevado poder de discriminación, alta desviación típica y con puntuaciones medias de respuesta situadas en torno al punto medio de la escala.

Debido al resultado de los análisis psicométricos, la prueba final quedó constituida por las dimensiones o subescalas siguientes: proceso-resultado, estructura/institución, actitud diligente, accesibilidad/oportunidad y distancia del centro de salud. El análisis factorial mediante componentes principales fue significativo y el KMO superior a .90, la varianza total explicada superior al 60 % y la carga factorial de los reactivos superior a .40, indicando que la prueba posee una adecuada estructura factorial y en consecuencia buenas propiedades de validez de constructo. Estos resultados coinciden con los postulados de Gronlund (1976), quien plantea que la validez de constructo intenta responder las preguntas: ¿hasta dónde un instrumento mide realmente un determinado rasgo latente o una característica de las personas? y ¿con cuánta eficiencia lo hace? En consecuencia, es necesario que podamos mostrar evidencia de que, efectivamente, el instrumento mide el rasgo o constructo que pretende medir. Señala que la validez de constructo interesa cuando queremos utilizar el desempeño de los sujetos con el instrumento para inferir la posesión de ciertos rasgos o cualidades psicológicas.

En la misma dirección, Carretero-Dios, y Pérez (2005) expresan que es relevante destacar que, si un constructo está configurado por distintos factores o componentes (dimensiones), los cálculos de discriminación tienen que hacerse por factores y no considerando el total de la escala. La idea es que cada componente del constructo debe ser una categoría homogénea de contenido y “aislada”, en la medida de lo posible, del resto de componentes, de lo contrario no puede sostenerse su separación como categorías distintas de un mismo constructo. Es relevante destacar que, si un constructo está configurado por distintos factores o componentes (dimensiones), los cálculos de discriminación tienen que hacerse por factores y no considerando el total de la escala. La idea es que cada componente del constructo debe ser una categoría homogénea de contenido y “aislada”, en la medida de lo posible, del resto de componentes, de lo contrario no puede sostenerse su separación como categorías distintas de un mismo constructo (Carretero-Dios, y Pérez, 2005). En relación con los análisis de confiabilidad, se aplicó la consistencia interna Alfa de Cronbach; y las cinco subescalas poseen índices superiores a .70. En todos los ítems, las correlaciones Ítems total son mayores a .30, indicando que la prueba posee criterios métricos de confiabilidad adecuados para medir los constructos en muestras salvadoreñas.

En los análisis descriptivos por variable, se tiene que los ítems caen en las siguientes dos categorías: parcialmente altos (de 51 a 75 %) y

parcialmente bajos [26 a 50 %] (Oliver, 2005). La mayoría de las variables que conforman las cinco dimensiones se encuentran en estas dos categorías, indicando que no existen puntajes superiores al 75 %, que significa *Sí*, e inferiores a 25 %, que significa *No*. Para apoyar esta descripción, se utilizó la propuesta del NPHPSP (2005), el cual establece cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública: a) cumplimiento entre el 75 y el 100 % = *Sí*; b) cumplimiento entre el 51 y el 75 % = parcialmente alto; c) cumplimiento entre el 26 y el 50 % = parcialmente bajo; y d) cumplimiento < 25 % = *No*, facilitando herramientas normalizadas para medir la calidad de la atención en salud pública (Oliver, 2005).

En términos generales, y por dimensión, se puede apreciar que los mejores puntajes obtenidos se encuentran en estructura/institución, actitud diligente; y los peores en accesibilidad/oportunidad. En el análisis de la dimensión proceso-resultado por centro de salud, se tiene que los peor evaluados son los del Seguro social y las unidades de salud, y los mejor evaluados por la muestra son las clínicas/hospitales privados y los hospitales públicos.

En la dimensión estructura/infraestructura, se encontró que las mejores instalaciones están en las clínicas/hospitales privados y en las del Seguro social, mientras que las infraestructuras peor evaluadas son las de los hospitales públicos y las de las unidades de salud. Con referencia a la dimensión actitud diligente del personal de salud, se encontró que el personal peor evaluado es el del seguro social y el de los hospitales públicos; y el que tiene un mejor puntaje es el de las clínicas/hospitales privados y el de las unidades de salud. Con referencia a la accesibilidad/oportunidad a los servicios de salud, se encontró que los centros de salud menos accesibles son los del Seguro social y los hospitales públicos, mientras que los más accesibles son las clínicas/hospitales privados y las unidades de salud. En cuanto a la distancia del centro de salud, se tiene que los centros más lejanos son los hospitales públicos y las unidades de salud, mientras que los centros más cercanos son las clínicas/hospitales privados y el Seguro social. Al referirnos a la calidad de los servicios de salud (total), se encontró que el orden de la percepción de la muestra es: las clínicas/hospitales privados (85.5 %), las unidades de salud (52.6 %), el Seguro social (39.2 %) y los hospitales públicos (35.9 %). Referente a los costos de enfermarse y curarse en El Salvador, la mayoría de los participantes en el estudio (> 75 %) expresan que es caro o muy caro curarse. Esta percepción es generalizada en los usuarios que asisten a los diferentes centros de salud del país.

En la mayoría de las dimensiones de la escala de calidad de atención de los servicios de salud, al compararlas por establecimientos de salud, se tiene que son las clínicas/hospitales privados los que obtienen un mayor puntaje que los hospitales públicos, las unidades de salud y el Seguro social, indicando que son los primeros centros los que prestan un mejor servicio de atención en salud. Esto se cumple en las dimensiones: proceso-resultado, estructura/institución, actitud diligente y accesibilidad/oportunidad. Los análisis refieren que existe un efecto grande del tipo de centro de salud en la calidad de atención de la salud. Al comparar las dimensiones por residencia de la muestra, se tiene que hay diferencias en proceso-resultado, institución y actitud diligente, presentando una inferior percepción de calidad de atención de la salud, los residentes urbanos que los rurales, con un efecto pequeño. No hay diferencia entre las demás dimensiones. Con referencia a los costos de enfermarse y curarse en El Salvador, los datos indican, en las diferentes dimensiones, que las personas que opinan que curarse en nuestro país es caro o muy caro son quienes hacen una peor evaluación de la calidad de los servicios de salud, que los que perciben como barato y económica la salud. El efecto es medio de los costos de salud en la calidad de los servicios de la salud.

El análisis de correlaciones entre las dimensiones de la escala de calidad de atención de los servicios de salud evidencia una correlación significativa positiva, con un tamaño grande. También hay correlaciones significativas de tamaño grande entre las dimensiones de la ECASS con la calidad de atención de los servicios de salud como dimensión global o total.

CONCLUSIONES

La revisión de la literatura, relativa a la calidad de los servicios de salud, permitió la construcción de una prueba (ECASS) que mide cinco dimensiones de la calidad de atención de la salud. Para el desarrollo de la prueba, se aplicaron las normas y los estándares métricos recomendados por los especialistas en psicometría. El estudio proporciona una prueba que mide la calidad de atención de los servicios de salud, desde la percepción del usuario. Este cumple las garantías de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad. El estudio facilita a investigadores, gestores de la calidad de la salud y gerentes de establecimientos de salud una prueba de medición de la calidad de atención de la salud.

Los resultados, tanto descriptivos como inferenciales, demuestran que existen deficiencias notables en las distintas dimensiones de la calidad de la salud. Una de las más afectadas es la accesibilidad a los servicios de salud. Al analizar por institución de salud, se evidencia una brecha pronunciada en la atención a la salud entre el sector público y el privado, presentando mejores estándares de calidad de atención el sector privado que el público. Un dato llamativo es que la calidad de servicios de salud que presta el Seguro social está en peores condiciones que la atención que se presta en los hospitales públicos y las unidades de salud. Paradójicamente, son los residentes urbanos los que tienen una peor percepción de la calidad de los servicios de salud en contraste con la muestra rural. En relación con los costos de la salud, la mayoría de los participantes tienen una actitud negativa hacia los servicios de salud que se prestan en el país, presentando una peor percepción los que afirman que enfermarse y curarse es caro o muy caro en El Salvador, comparados con los que dicen que es barato y económica la asistencia a un establecimiento de salud.

ESTUDIO 2

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio, de tipo *ex post facto* (Montero & León, 2007), se aplicó un diseño retrospectivo, con un muestreo probabilístico por conglomerados en personas que hayan asistido en los últimos 6 meses a un centro de atención de la salud, se adoptó un nivel de confianza de 95 % y un error estimado de 2,8 %, arrojando una muestra de 1.225 personas a escala nacional. La técnica de recolección de datos fue la encuesta. La media de edad total es de 35.73 años, con una *SD* de 13.39. En los hombres, la media de edad es de 36.42 años, con *SD* de 12.97, y en las mujeres, de 32.97 años, con *SD* de 10.98. Con referencia a las variables sociodemográficas, 606 (49.7 %) son mujeres y 614 (50.3 %) hombres. Otras variables sociodemográficas como tipo de centro de salud (institución) a la que ha asistido, residencia, rangos de edad, estado civil, entre otras, pueden observarse en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio

VARIABLES	<i>n</i> = 1.225
Institución	
Hospital público	228 (18.6%)
Unidades de salud	340 (27.8%)
Seguro social	436 (35.6%)
Clínicas/hospital privado	206 (16.8%)
Ecos	15 (1.2%)
Total	1225 (100%)
Género	
Mujeres	606 (49.7%)
Hombres	614 (50.3%)
Total	1220 (100 %)

Residencia

Urbana	820 (67.8%)
Rural	390 (32.2%)
Total	1210 (100 %)

Edad (años)

De 18 a 28	482 (39.4%)
De 29 a 40	389 (31.8%)
Mayores de 41	352 (28.8%)
Total	1223 (100%)

Estado civil

Casados/as	409 (33.4%)
Acompañados/as	234 (19.1%)
Solteros/as	527 (43.1%)
Divorciados/viudos/as	54 (4.4%)
Total	1224 (100%)

Escolaridad

De primer a tercer ciclo	268 (22.4%)
Bachillerato	688 (57.5%)
Educación superior	240 (20.1%)
Total	1196 (100%)

Núm. de miembros en el hogar

De 1 a 3	418 (34.5%)
De 4 a 5	567 (46.8%)
Más de 6	227 (18.7%)
Total	1212 (100%)

Costos de los servicios de salud

Costos son baratos	33 (2.7%)
Costos son económicos	132 (10.8%)
Costos son caros	714 (58.7%)
Costos son muy caros	338 (27.8%)
Total	1217 (100%)

Región del país	
Occidental	297 (24.3%)
Central	461 (37.7%)
Paracentral	175 (14.3%)
Oriental	290 (23.7%)
Total	1223 (100%)

Instrumentos

Escala de la calidad de atención de los servicios de salud. Es una escala que evalúa la calidad de atención de los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario. La escala está compuesta por 50 reactivos, divididos en cinco componentes o dimensiones y estos son: *proceso resultado*, conformado por 15 ítems (15, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 37, 38, 40, 45, 46, 49); *estructural/institución*, compuesta por 13 ítems (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 48); *actitud diligente*, la cual posee 9 ítems (16, 23, 24, 27, 39, 41, 42, 43, 44); *accesibilidad/oportunidad*, compuesta por 10 ítems (13, 14, 19, 32, 33, 34, 35, 36, 47, 50); y *distancia del centro de salud*, que lo conforman 3 ítems (29, 30, 31). La escala posee una escala de medida de tipo Likert de 4 opciones, donde 1 = mala/o, 2 = regular, 3 = buena/o, y 4 = muy buena/o.

La escala cuenta con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad. Los análisis de confiabilidad, mediante el análisis de consistencia interna Alfa de Cronbach, originales son: en la dimensión *proceso resultado* se obtuvo un índice de fiabilidad de .95; en la dimensión *estructural/institución* se obtuvo un índice de .92; en la dimensión *actitud diligente* se obtuvo un índice de .92; en la dimensión *accesibilidad/oportunidad* se obtuvo un índice de .90; y en la dimensión *distancia del centro de salud* se obtuvo un índice de .76, indicando lo anterior que la ECASS posee adecuados criterios métricos de confiabilidad, validez de contenido y validez de constructo para medir la calidad de atención de los servicios de salud, desde la perspectiva del usuario, del sistema de salud salvadoreño. Para el presente estudio, se obtuvieron los siguientes índices de fiabilidad: en la dimensión *proceso resultado*, se obtuvo un índice de fiabilidad de .94; en la dimensión *estructural/institución*, se obtuvo un índice de fiabilidad de .90; en la dimensión *actitud diligente*, se obtuvo un índice de .89; en la dimensión *accesibilidad/oportunidad*, se

obtuvo un índice de .88; y en la dimensión *distancia del centro de salud*, se obtuvo un índice de .73.

Procedimientos

Primeramente, se diseñó un calendario de trabajo de campo para recolectar los datos, dividido en cuatro etapas, una por cada región del país. Se trazó una ruta de viaje por cada etapa y se visitaron de dos a tres ciudades de mayor densidad poblacional por departamento. La administración de las pruebas se llevó a cabo con un equipo de encuestadores conformado por psicólogos, egresados de Psicología y estudiantes avanzados de la carrera de Psicología, quienes fueron capacitados para este trabajo. Al llegar a cada ciudad, fueron distribuidos estratégicamente en grupos de cuatro. Al momento de abordar a las personas, se iniciaba con el saludo y la presentación personal; se explicaba el motivo de su visita y se solicitaba su colaboración para contestar la prueba (consentimiento informado). Se administraba la prueba a aquellas personas que habían sido usuarias del sistema de salud, tanto público como privado, en los últimos 6 meses. Al finalizar la aplicación de la prueba, se realizaba una revisión preliminar para detectar posibles errores o preguntas sin responder, y finalmente se brindaba un agradecimiento a los participantes.

Cuando finalizó el trabajo de campo y se reunieron todas las pruebas, se procedió a su revisión final y codificación. Posteriormente se dio inicio al procesamiento y a la tabulación de los datos en el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows. Terminada la fase de tabulación, se llevó a cabo una revisión de la data con el propósito de detectar y corregir posibles errores cometidos en la tabulación. Seguidamente se realizó la preparación de la data mediante filtrado y recodificación de las variables, para los análisis de salida. En el paso siguiente, se inician los análisis preliminares y finales de salida de los datos. Luego se procedió a la elaboración de las tablas y el análisis descriptivo e inferencial de los datos del estudio.

RESULTADOS

Los análisis de resultados del estudio 2, se hace en dos etapas. En la primera se presentan los análisis descriptivos, y en la segunda, los análisis inferenciales. En los análisis descriptivos, primero se realizó un procedimiento de dicotomización, es decir, convertir una escala de respuesta de 4 opciones (1 = mala, 2 = regular, 3 = buena, 4 = muy buena) en dos categorías (1+2 = 1; 3+4 = 2), significando que 1 = nunca/regular y 2 = buena/muy buena. Tras este proceso se hace una descripción de un grupo de ítems o variables que sus frecuencias porcentajes son altos en nunca/siempre y también altos en buenos/muy buenos. Se presenta una tabla con todas las variables de las cinco dimensiones que conforma prueba de calidad de los servicios de salud, donde se pueden apreciar indicador por indicador y su nivel de aceptación de la población estudiada. En la segunda etapa del análisis, se presentan los inferenciales, para ello, se aplican pruebas paramétricas como la prueba t de Student para muestras independientes y el análisis de varianza de un factor (Anova). Estas pruebas han permitido establecer o determinar en qué grupos de la muestra existen diferencias estadísticas o decir con propiedad que grupos poblacionales de la muestra presentan una peor o mejor evaluación de los servicios del sistema de salud salvadoreño.

Análisis descriptivo

A continuación, se inicia el análisis descriptivo por pregunta o variable. En relación con el reactivo 4, el cual dice si el centro de salud está limpio y ordenado, 450 (36.8 %) personas expresan que es deficiente o malo, mientras que 772 (63.2 %) dicen que es bueno o muy bueno. Con respecto al reactivo 7, el cual hace referencia a la comodidad básica del paciente cuando está ingresado en el centro de salud, 776 (62.7 %) personas expresan que es regular o mala, mientras que 455 (37.3 %) dicen que es buena o muy buena. Acerca del reactivo 8, que hace referencia a la comodidad básica del paciente cuando tiene consulta externa, 788 (64.6 %) personas expresan que es regular o mala, mientras que 432 (35.4 %) dicen que es buena o muy buena. En relación con el reactivo 19, el cual se refiere a lo administrativo como sacar una cita o solicitar una constancia médica, 786 (64.3 %) personas expresan que es regular o mala, mientras que 437 (35.7 %) dicen que es buena o muy buena. Con referencia al reactivo 20, el cual trata sobre la medicina indicada por el

médico, 547 (44.7 %) personas expresan que es regular o mala, mientras que 676 (55.3 %) dicen que fue buena o muy buena.

En lo que se refiere al reactivo 21, el cual trata sobre el tratamiento que le indico el médico para curar la enfermedad, 531 (43.5 %) personas dicen que fue regular o malo, mientras que 691 (56.5 %) dicen que fue bueno o muy bueno. En relación con el reactivo 23, el cual trata sobre la atención del sistema de salud salvadoreño, 884 (72.3 %) personas expresan que es regular o malo, mientras que 339 (27.7 %) dicen que es bueno o muy bueno. Con respecto al reactivo 25, el cual trata sobre la explicación que da el médico tratante sobre la enfermedad, 485 (39.7 %) personas expresan que es regular o mala, mientras que 737 (60.3 %) dicen que fue buena o muy buena. En relación con el reactivo 26, el cual trata sobre la explicación que le dio el médico tratante sobre el tratamiento, 488 (40.2 %) personas dicen que fue regular o mala, mientras que 727 (59.8 %) expresan que fue buena o muy buena. Con respecto al reactivo 28, el cual se refiere a la mejora de su salud después de la visita al centro de salud, 526 (43.2 %) personas dicen que fue regular o mala, mientras que 693 (56.8 %) manifiestan que fue buena o muy buena.

En cuanto al reactivo 29, el cual hace referencia a la accesibilidad por la distancia a un centro de salud, 543 (44.5 %) personas manifiestan que es regular o mala, mientras que 678 (59.8 %) expresan que es buena o muy buena. Con referencia al reactivo 30, el cual trata sobre los costos en dinero para asistir a una consulta médica, 770 (63.1 %) personas expresan que son altos, mientras que 450 (36.9 %) dicen que son baratos o económicos. Con referencia al reactivo 32, el cual trata sobre el tiempo de espera entre una cita y la otra, 946 (77.7 %) personas expresan que es regular o malo, mientras que 272 (22.3 %) dicen que es bueno o muy bueno. En relación con el reactivo 33, el cual pregunta, al presentarse a la consulta médica el tiempo de espera fue, 914 (75.1 %) personas dicen que fue largo o malo, mientras que 303 (24.9 %) dicen que fue corto o muy bueno. Con referencia al reactivo 34, el cual trata sobre los horarios de atención médica (consulta y emergencia) en El Salvador, 840 (68.8 %) manifiestan que son regulares o malos, mientras que 381 (31.2 %) dicen que son buenos o muy buenos.

Con referencia al reactivo 36, el cual trata sobre el acceso al médico especialista en el sistema de salud, 782 (64.4 %) personas expresan que es regular o malo, mientras que 432 (35.6 %) dicen que es bueno o muy bueno. En relación con el reactivo 38, el cual trata acerca de los conocimientos que tiene el médico tratante, 491 (40.1 %) personas

dicen que son regulares o malos, mientras que 733 (59.9 %) expresan que son buenos o muy buenos. Con respecto al reactivo 40, el cual trata sobre los criterios que posee el médico para elaborar el diagnóstico y tratamiento, 536 (43.8 %) personas dicen que son regulares o malos, mientras que 687 (56.2 %) dicen que son buenos o muy buenos. Con respecto al reactivo 47, el cual trata sobre el seguimiento o continuidad entre una cita y la siguiente, 794 (65.0 %) personas dicen que son regulares o malos, mientras que 428 (35.0 %) dicen que son buenos o muy buenos. Por último, en el reactivo 49, el cual se refiere a si percibió mejoría y beneficios en su salud después de la consulta al médico, 491 (40.2 %) personas dicen que no percibieron mejoría ni beneficios en su salud, mientras que 730 (59.8 %) expresan que sí percibieron mejoría y beneficios. Los interrogantes anteriormente descritos y los no descritos pueden verificarse en la tabla 2.

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las variables (ítems) que conforman las dimensiones de la escala que mide la calidad de atención de los servicios de salud en El Salvador

Nº	Ítems/variables	Total (%)	Mala(o) / Regular (%)	Buena(o) / Muy buena (o) (%)
1	Las instalaciones físicas del centro de salud son	1225 (100)	651 (53.2)	573 (46.8)
2	La distribución física de los departamentos y unidades del centro de salud son	1217 (100)	641 (52.7)	576 (47.3)
3	La organización funcional (toma de decisiones) del centro de salud es	1218 (100)	750 (61.6)	468 (38.4)
4	El centro de salud está limpio y ordenado	1222 (100)	450 (36.8)	772 (63.2)
5	La conservación y mantenimiento del centro de salud son	1217 (100)	597 (49.1)	620 (50.9)
6	La dirección y administración del centro de salud es	1214 (100)	665 (54.8)	549 (45.2)

7	La comodidad básica del paciente cuando está ingresado en el centro de salud es	1221 (100)	766 (62.7)	455 (37.3)
8	La comodidad básica del paciente cuando tiene consulta externa es	1220 (100)	788 (64.6)	432 (35.4)
9	El equipamiento de bancas, sillas y escritorios es	1221 (100)	654 (53.6)	567 (46.4)
10	Los aparatos, equipo médico y materiales son	1221 (100)	642 (52.6)	579 (47.4)
11	El proceso de atención sigue un protocolo estándar (ordenado)	1221 (100)	633 (51.8)	588 (48.2)
12	La existencia de medicamentos e insumos médicos (jeringas, descartables) es	1221 (100)	708 (58.0)	513 (42.0)
13	La elaboración del expediente clínico y entrega de medicamentos son	1218 (100)	724 (59.4)	494 (40.6)
14	La toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados es	1220 (100)	680 (55.7)	540 (44.3)
15	El seguimiento de la evolución de la enfermedad por el médico es	1224 (100)	667 (54.5)	557 (45.5)
16	La atención que recibe de la enfermera(o) es	1221 (100)	715 (58.6)	506 (41.4)
17	La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico fueron	1223 (100)	611 (50.0)	612 (50.0)
18	Observa diligencia y esfuerzo en el médico para tratar su problema de salud	1224 (100)	619 (50.6)	605 (49.14)
19	Lo administrativo, como sacar una cita, solicitar una constancia médica es	1223 (100)	786 (64.3)	437 (35.7)

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

20	La medicina indicada por el médico fue	1223 (100)	547 (44.7)	676 (55.3)
21	El tratamiento que le indico el médico para curar la enfermedad fue	1222 (100)	531 (43.5)	691 (56.5)
22	La impresión general de la atención médica recibida fue	1218 (100)	628 (51.6)	590 (48.4)
23	La atención del sistema de salud salvadoreño (hospital, clínica, unidad de salud) es	1223 (100)	884 (72.3)	339 (27.7)
24	Los cuidados e indicaciones que recibe de las(os) profesionales de enfermería son	1221 (100)	715 (58.6)	506 (41.4)
25	La explicación que le dio el médico tratante sobre la enfermedad fue	1222 (100)	485 (39.7)	737 (60.3)
26	La explicación que le dio el médico tratante sobre el tratamiento fue	1215 (100)	488 (40.2)	727 (59.8)
27	La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir con su tratamiento	1222 (100)	583 (47.7)	639 (52.3)
28	La mejora de su salud después de la visita al centro de salud fue	1219 (100)	526 (43.2)	693 (56.8)
29	La accesibilidad por la distancia a un centro de salud es	1221 (100)	543 (44.5)	678 (55.5)
30	Los costos en dinero para asistir a una consulta médica son	1220 (100)	770 (63.1)	450 (36.9)
31	El trasladarse de su casa a un centro de salud es	1220 (100)	588 (48.2)	632 (51.8)
32	El tiempo de espera entre una cita y la otra, fue	1218 (100)	946 (77.7)	272 (22.3)

33	Al presentarse a la consulta médica el tiempo de espera fue	1217 (100)	914 (75.1)	303 (24.9)
34	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	1221 (100)	840 (68.8)	381 (31.2)
35	El acceso al médico general en el sistema de salud es	1220 (100)	711 (58.3)	509 (41.7)
36	El acceso al médico especialista en el sistema de salud es	1214 (100)	782 (64.4)	432 (35.6)
37	Las habilidades de los profesionales de la salud para hacer su trabajo es	1223 (100)	640 (52.3)	583 (47.7)
38	Los conocimientos que tiene el médico tratante son	1224 (100)	491 (40.1)	733 (59.9)
39	Las actitudes (disposición) del personal de salud es	1220 (100)	741 (60.7)	479 (39.3)
40	Los criterios que posee el médico para elaborar el diagnóstico y tratamientos es	1223 (100)	536 (43.8)	687 (56.2)
41	El trato (humano) de los profesionales de la salud fue	1217 (100)	683 (56.1)	534 (43.9)
42	La diligencia y esfuerzo en la atención del personal de salud fueron	1211 (100)	719 (59.4)	492 (40.6)
43	El interés y la atención de la enfermera(o) fueron	1221 (100)	746 (61.1)	475 (38.9)
44	Las relaciones interpersonales del personal de enfermeras fueron	1224 (100)	672 (54.9)	552 (45.1)
45	El interés que mostró el médico tratante en su problema fue	1221 (100)	571 (46.8)	650 (53.2)

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

46	El humanismo que mostró el médico tratante en su problema fue	1219 (100)	547 (44.9)	672 (55.1)
47	El seguimiento o continuidad entre una cita y la siguiente fue	1222 (100)	794 (65.0)	428 (35.0)
48	La permanencia o disposición de los servicios de salud en el centro es	1222 (100)	718 (58.8)	504 (41.2)
49	Percibió mejoría y beneficios en su salud después de la consulta al médico	1221 (100)	491 (40.2)	730 (59.8)
50	Los exámenes clínicos fueron indicados y realizados en un tiempo razonable	1223 (100)	571 (46.7)	652 (53.3)

Figura 1. Porcentajes de los indicadores mejor evaluados (bueno/muy bueno) de la calidad de atención de los servicios de salud del sistema salvadoreño

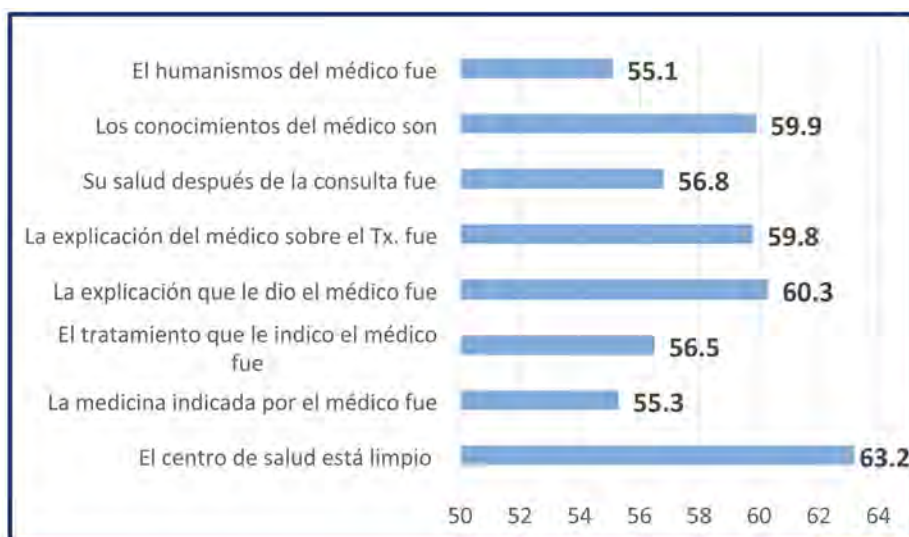
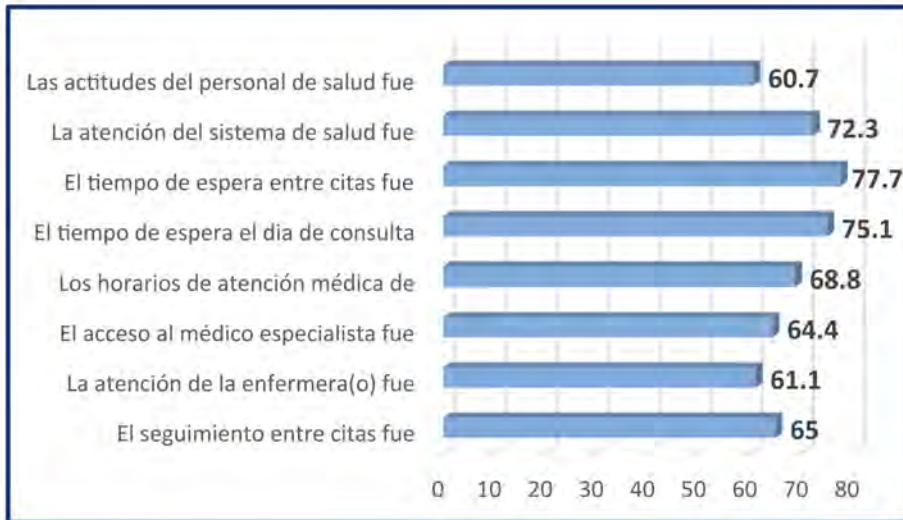


Figura 2. Porcentajes de los indicadores peor evaluados (malo/deficiente) de la calidad de atención de los servicios de salud del sistema salvadoreño



Con respecto a la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud* en función del sexo de la muestra, se encontró que 694 (56.9 %) personas expresan que la calidad de la atención de los servicios de salud es mala/regular, mientras que 526 (43.1 %) refieren que es buena/muy buena. Al segmentar los resultados por sexo, en el caso de las mujeres, 342 (56.4 %) responden que la calidad de la atención es mala/regular, mientras que 264 (43.6 %) dicen que es buena/muy buena. En el caso de los hombres, 352 (57.3 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 262 (42.7 %) mujeres que es buena/muy buena. La prueba de Chi-cuadrado evidencia que no existe una asociación estadística entre el sexo y la calidad de la atención de los servicios de salud [$X^2(1, N = 1220) = 0.099; p = .753; V = .01$].

En el análisis de la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud* en función de la zona de residencia, se encontró que 686 (56.7 %) personas expresan que la calidad de la atención de los servicios de salud es mala/regular, mientras que 524 (43.3 %) refieren que es buena/muy buena. Al segregar los resultados según el lugar específico de residencia, en el caso de las personas que residen en la zona urbana, 464 (56.6 %) responden que la calidad de la atención es mala/regular, mientras que 356 (43.6 %) dicen que es buena/muy buena. En el caso de las personas que residen en la zona rural, 222 (56.9 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 168 (43.1 %) que es buena/

muy buena. La prueba de Chi-cuadrado evidencia que no existe una asociación estadística entre la zona de residencia y la calidad de la atención de los servicios de salud [$X^2(1, N = 1210) = 0.012; p = .912; V = .00$]. Para verificar o revisar los datos anteriores, ver la tabla 3.

Tabla 3. Contingencia según sexo, zona de residencia y edad con la incidencia de la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud*

<i>Variables</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Mala/ Regular (%)</i>	<i>Buena/ Muy buena (%)</i>	X^2	p	V
Femenino	606 (49.7)	342 (56.4)	264 (43.6)	0.099	.753	.01
Masculino	614 (50.3)	352 (57.3)	262 (42.7)			
Total	1220 (100)	694 (56.9)	526 (43.1)			
Residencia						
Urbano	820 (67.8)	464 (56.6)	356 (43.4)	0.012	.912	.00
Rural	390 (32.2)	222 (56.9)	168 (43.1)			
Total	1210 (100)	686 (56.7)	524 (43.3)			
Edad						
De 18 a 28 años	482 (39.4)	276 (57.3)	206 (42.7)	0.265	.876	.01
De 29 a 40 años	389 (31.8)	223 (57.3)	166 (42.7)			
Mayores de 41 años	352 (28.8)	196 (55.7)	156 (44.3)			
Total	1223 (100)	695 (56.8)	528 (43.2)			

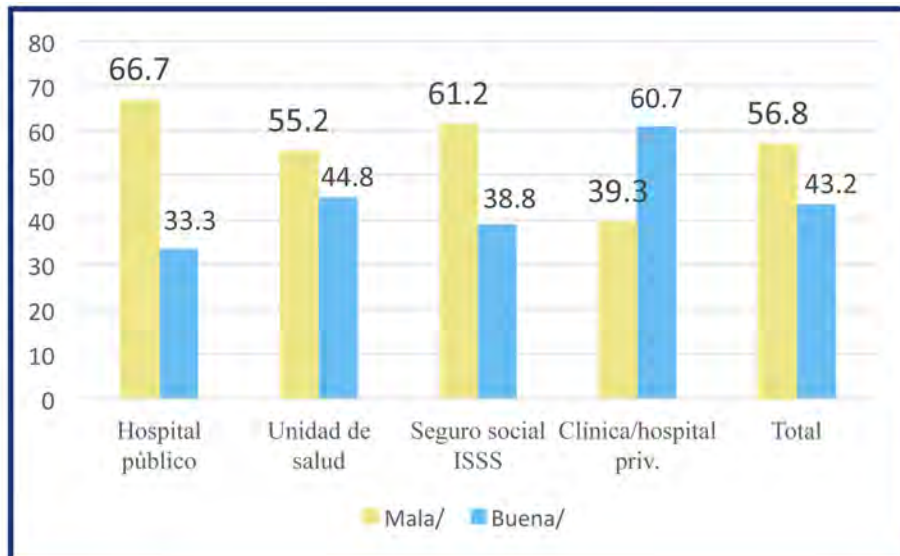
En relación con la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud* en función de la institución de salud, se encontró que 696 (56.8 %) personas expresan que la calidad de la atención de los servicios de salud es mala/regular, mientras que 529 (43.2 %) refieren que es buena/muy buena. Al dividir los resultados por tipo de institución de salud que ha visitado, se encontró que de las personas que han asistido a un hospital público, 152 (66.7 %) responden que la calidad de la atención es mala/regular, mientras que 76 (33.3 %) dicen que es buena/muy buena. En el caso de las personas que han asistido a una unidad de salud, 196 (55.2 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 159 (44.8 %) que es buena/muy buena. Con respecto a las personas que han asistido al Seguro social ISSS, 267 (61.2 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 169 (38.8 %) que es buena/muy buena. Referente a las personas que han asistido a una clínica privada, 81 (39.3 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 125 (60.7 %) que es buena/muy

buena. La prueba de Chi-cuadrado evidencia que existe una asociación estadística significativa entre el tipo de institución de salud y la calidad de la atención de los servicios de salud [$X^2(3, N = 1225) = 38.565; p < .001; V = .18$], con un efecto pequeño. Para verificar estos datos, puede revisar la tabla 4.

Tabla 4. Contingencia de las instituciones prestadoras de los servicios de salud con la incidencia de la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud*

<i>Institución de salud</i>	<i>Total (%)</i>	<i>Mala/Regular (%)</i>	<i>Buena/Muy buena (%)</i>	X^2	<i>P</i>	<i>V</i>
Hospital público	228 (18,6)	152 (66.7)	76 (33.3)	38.565	<.001	.18
Unidad de salud	355 (29.0)	196 (55.2)	159 (44.8)			
Seguro social (ISSS)	436 (35.6)	267 (61.2)	169 (38.8)			
Clínica privada/hosp.	206 (16.8)	81 (39.3)	125 (60.7)			
Total	1225 (100)	696 (56.8)	529 (43.2)			

Figura 3. Porcentajes de la calidad de atención de los servicios de salud en función de la institución prestadora del servicio

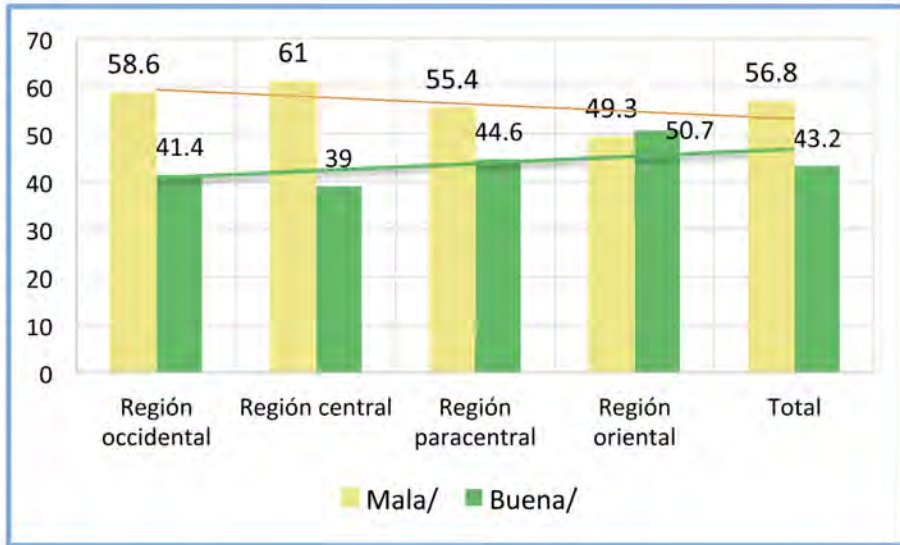


Con respecto a la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud* en función de la región del país, se encontró que 695 (56.8 %) personas expresan que la calidad de la atención de los servicios de salud es mala/regular, mientras que 528 (43.2 %) refieren que es buena/muy buena. Al dividir los resultados por región del país, se encontró que, según las personas de la región occidental, 174 (58.6 %) responden que la calidad de la atención es mala/regular, mientras que 123 (41.4 %) dicen que es buena/muy buena. En el caso de las personas de la región central, 281 (61.0 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 180 (39.0 %) que es buena/muy buena. Con respecto a las personas de la región paracentral, 97 (55.4 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 78 (44.6 %) que es buena/muy buena. En relación con las personas de la región oriental, 143 (49.3 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 147 (50.7 %) que es buena/muy buena. La prueba de Chi-cuadrado evidencia que existe una asociación estadística entre la región del país y la calidad de la atención de los servicios de salud [$X^2(3, N = 1223) = 10.39; p = .02; V = .09$], con un efecto pequeño. Para verificar o revisar los datos anteriores, ver la tabla 5.

Tabla 5. Contingencia de las regiones de El Salvador con la incidencia de la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud*

Región del país	Total (%)	Mala/	Buena/	X ²	P	V
		Regular (%)	Muy buena (%)			
Región occidental	297 (24,3)	174 (58.6)	123 (41.4)	10.394	.016	.09
Región central	461 (37.7)	281 (61.0)	180 (39.0)			
Región paracentral	175 (14.3)	97 (55.4)	78 (44.6)			
Región oriental	290 (23.7)	143 (49.3)	147 (50.7)			
Total	1223 (100)	695 (56.8)	528 (43.2)			

Figura 4. Porcentajes de la calidad de atención de los servicios de salud en función de la región del país.



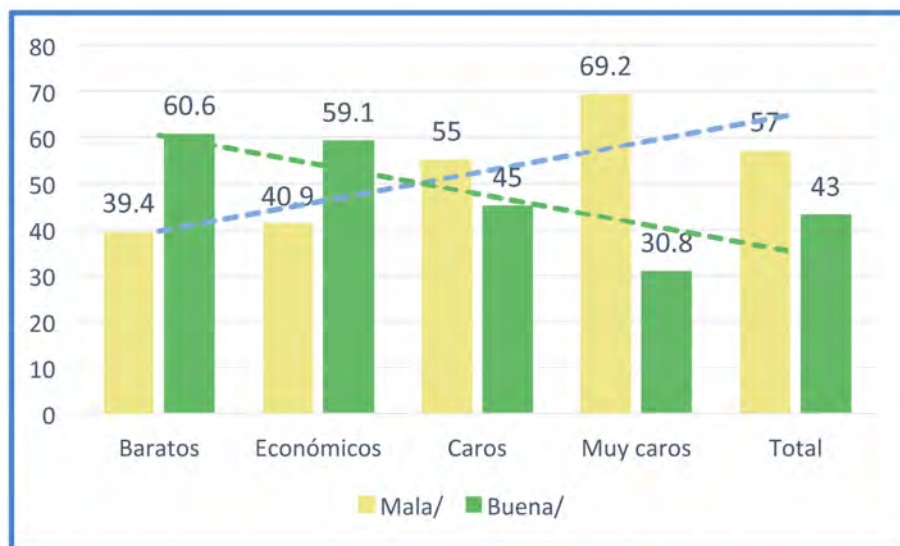
En relación con la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud* en función de los costos por enfermarse y curarse, se encontró que 694 (57.0 %) personas expresan que la calidad de la atención de los servicios de salud es mala/regular, mientras que 523 (43.0 %) refieren que es buena/muy buena. Al dividir los resultados según los costos percibidos por los usuarios, se encontró que, según las personas que consideran los costos como baratos, 13 (39.4 %) responden que la calidad de la atención es mala/regular, mientras que 20 (60.6 %) dicen que es buena/muy buena. En el caso de las personas que consideran los costos como económicos, 54 (40.9 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 78 (59.1 %) que es buena/muy buena. Con respecto a las personas que consideran los costos como caros, 393 (55.0 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 321 (45.0 %) que es buena/muy buena. Con respecto a las personas que consideran los costos como muy caros, 234 (69.2 %) expresan que la calidad de la atención es mala/regular y 104 (30.8 %) que es buena/muy buena. La prueba de Chi-cuadrado evidencia que existe una asociación estadística entre los costos con la calidad de la atención de

los servicios de salud [$X^2(3, N = 1217) = 39.87; p < .001; V = .18$], con un efecto pequeño. Para revisar los datos anteriores, puede ver la tabla 6.

Tabla 6. Contingencia de los costos por enfermarse y curarse con la incidencia de la dimensión *calidad de la atención de los servicios de salud*

Costos	Total (%)	Mala/ Regular (%)	Buena/ Muy buena (%)	X^2	P	V
Baratos	33 (2,7)	13 (39.4)	20 (60.6)	39.869	<.001	.18
Económicos	132 (10.8)	54 (40.9)	78 (59.1)			
Caros	714 (58.7)	393 (55.0)	321 (45.0)			
Muy caros	338 (27.8)	234 (69.2)	104 (30.8)			
Total	1217 (100)	694 (57.0)	523 (43.0)			

Figura 5. Porcentajes de la calidad de la atención de los servicios de salud en función de los costos económicos de la prestación de los servicios



Análisis inferencial

En el análisis inferencial, se aplicaron pruebas paramétricas. Entre estas se tienen: la prueba t para muestras independientes y el análisis de varianza (Anova) de un factor. Inicialmente se comparan tres de las seis dimensiones de la ECASS en función de la residencia (urbanos y rurales) de la muestra en estudio. Al contrastar el proceso-resultado de la calidad de la atención de los servicios de salud en función de la residencia, no se encontraron diferencias estadísticas entre urbanos y rurales [($M = 35.77$, $DE = 8.38$; $M = 35.70$, $DE = 8.23$; $t(1.208) = 0.14$; $p = .889$; $d = 0.01$], indicando lo anterior que tanto la población urbana como la rural perciben el proceso-resultado en la atención a la salud como similar. El contraste de accesibilidad/oportunidad a los servicios de salud en función de la residencia, se encontró que no existen diferencias estadísticas entre los urbanos y rurales [($M = 19.36$, $DE = 5.62$; $M = 19.51$, $DE = 5.31$; $t(1.208) = -0.46$; $p = .644$; $d = .03$], indicando que los residentes urbanos y rurales tienen una percepción similar de la accesibilidad/oportunidad de ser atendidos en los servicios de salud del país. Cuando se contrasta la calidad de la atención de los servicios de salud (total) en función de la residencia, no se encontraron diferencias estadísticas entre urbanos y rurales [($M = 116.19$, $DE = 25.69$; $M = 116.01$, $DE = 25.02$) $t(1.208) = 0.11$; $p = .912$; $d = .01$], indicando que tanto los urbanos como los rurales tienen una percepción similar de la calidad de atención de los servicios de salud. Para revisar y ampliar esta información, ver la tabla 7.

Tabla 7. Diferencia de medias (M) y desviación estándar (DE) de las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de la salud en función de la residencia de la muestra

Dimensiones	N	M	DE	*SEM	IC/95%	T	P	D	
Proceso-resultado	Urbana	820	35.77	8.38	0.29	[-0.93, 1.08]	0.14	.889	.01
	Rural	390	35.70	8.23	0.42				
Estructura/ institución	Urbana	820	28.57	7.24	0.25	[-0.82, 0.89]	0.09	.931	.01
	Rural	390	28.53	6.77	0.34				
Actitud diligente	Urbana	820	18.49	5.14	0.18	[-0.69, 0.55]	-0.21	.834	.01
	Rural	390	18.55	5.15	0.26				
Accesibilidad/ oportunidad	Urbana	820	19.36	5.62	0.19	[-0.82, 0.51]	-0.46	.644	.03
	Rural	390	19.51	5.31	0.27				
Distancia del centro de salud	Urbana	820	5.69	1.60	0.06	[0.10, 0.48]	2.93	.003	.17
	Rural	390	5.41	1.59	0.08				
S. de calidad de atención de la salud	Urbana	820	116.19	25.69	0.90	[-2.90, 3.25]	0.11	.912	.01
	Rural	390	116.01	25.02	1.27				

* SEM= error estándar de media o medida

En el análisis de la dimensión *proceso-resultado* en función de los costos, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de usuarios que consideran los costos baratos, económicos, caros y muy caros [($M = 40.11$, $DE = 7.30$; $M = 38.69$, $DE = 7.55$; $M = 36.02$, $DE = 8.16$; $M = 33.53$, $DE = 8.55$); $F(3.1216) = 17.34$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .043$]. Al aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que considera que los costos son baratos con el que considera que son caros ($p = .049$) y muy caros ($p < .001$), entre el grupo que considera que los costos son económicos con el que considera que son caros ($p = .008$) y muy caros ($p < .001$), y entre el grupo que considera los costos caros con el que considera que son muy caros ($p < .001$), siendo los grupos que consideran los costos baratos y económicos los que tienen una mayor valoración del proceso-resultado del sistema de salud, en comparación con los grupos que consideran los costos caros y muy caros; y el grupo que considera que los costos son caros tiene una mayor valoración del proceso resultado del sistema de salud en comparación con el que considera que son muy caros, con un efecto pequeño.

Al contrastar la dimensión *actitud diligente* en función de los costos, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de usuarios que consideran los costos baratos, económicos, caros y muy caros [($M = 21.37$, $DE = 4.15$; $M = 20.46$, $DE = 4.88$; $M = 18.70$, $DE = 5.04$; $M = 16.99$, $DE = 5.21$); $F(3.1216) = 20.63$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .048$]. Al aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que considera que los costos son baratos con el que considera que son caros ($p = .032$) y muy caros ($p < .001$), entre el grupo que considera que los costos son económicos con el que considera que son caros ($p = .004$) y muy caros ($p < .001$), y entre el grupo que considera que los costos son caros con el que considera que son muy caros ($p < .001$), siendo los grupos que consideran los costos baratos y económicos los que tienen una mayor valoración de la actitud diligente del sistema de salud, en comparación con los grupos que consideran los costos caros y muy caros; y el grupo que considera que los costos son caros tiene una mayor valoración de la actitud diligente del sistema de salud en comparación con el que considera que es muy caro, con un efecto pequeño.

Al analizar la dimensión *calidad de atención de los servicios de salud (total)* en función de los costos, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de usuarios que consideran

los costos baratos, económicos, caros y muy caros [($M = 129.14$, $DE = 21.49$; $M = 126.5$, $DE = 22.39$; $M = 116.74$, $DE = 25.18$; $M = 109.27$, $DE = 25.86$); $F(3.1216) = 19.24$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .052$]. Al aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que considera que los costos son baratos con el que considera que son muy caros ($p < .001$), entre el grupo que considera que los costos son económicos con el que considera que son caros ($p = .001$) y muy caros ($p < .001$), y entre el grupo que considera que los costos son caros con el que considera que son muy caros ($p < .001$), siendo el grupo que considera los costos baratos el que tiene una mayor valoración de la calidad de atención de los servicios de salud en comparación con el grupo que considera que los costos son muy caros; el grupo que considera los costos económicos tiene una mayor valoración de la calidad de atención de los servicios de salud, en comparación con los grupos que consideran los costos caros y muy caros; y el grupo que considera que los costos son caros tiene una mayor valoración de la calidad de atención e los servicios de salud en comparación con el que considera que es muy caro, con un efecto pequeño. Para revisar o verificar los datos, ver la tabla 8.

Tabla 8. Diferencia de medias (M) y desviación estándar (DE) de las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud en función de costos por enfermarse y curarse

Dimensiones Costos		N	M	DE	*SE	IC/95%	F	p	η_p^2
Proceso-resultado	Baratos	33	40.11	7.30	1.27	[37.53, 42.70]	17.34	< .001	.043
	Económicos	132	38.69	7.55	0.66	[37.39, 39.99]			
	Caros	714	36.02	8.16	0.30	[35.42, 36.62]			
	Muy caros	338	33.53	8.55	0.46	[32.61, 34.44]			
	Total	1217	35.73	8.35	0.24	[35.26, 36.20]			
Estructura/ institución	Baratos	33	31.43	5.84	1.02	[29.36, 33.50]	12.14	< .001	.031
	Económicos	132	31.19	6.16	0.54	[30.13, 32.25]			
	Caros	714	28.54	6.91	0.26	[28.03, 29.05]			
	Muy caros	338	27.23	7.59	0.41	[26.41, 28.04]			
	Total	1217	28.54	7.10	0.20	[28.14, 28.94]			
Actitud diligente	Baratos	33	21.37	4.15	0.72	[19.90, 22.84]	20.63	< .001	.048
	Económicos	132	20.46	4.88	0.42	[19.62, 21.30]			
	Caros	714	18.70	5.04	0.19	[18.33, 19.07]			
	Muy caros	338	16.99	5.21	0.28	[16.43, 17.55]			
	Total	1217	18.49	5.17	0.15	[18.20, 18.78]			

Accesibilidad/ oportunidad	Baratos	33	21.91	4.87	0.85	[20.18, 23.64]	17.39	< .001	.043
	Económicos	132	21.89	4.93	0.43	[21.04, 22.74]			
	Caros	714	19.40	5.48	0.20	[19.00, 19.80]			
	Muy caros	338	18.18	5.48	0.30	[17.60, 18.77]			
	Total	1217	19.40	5.51	0.16	[19.09, 19.71]			
D. del centro de salud	Baratos	33	6.49	1.55	0.27	[5.94, 7.04]	8.56	< .001	.021
	Económicos	132	5.91	1.49	0.13	[5.66, 6.17]			
	Caros	714	5.63	1.56	0.06	[5.52, 5.75]			
	Muy caros	338	6.33	1.70	0.09	[5.14, 5.51]			
	Total	1217	5.60	1.61	0.05	[5.51, 5.69]			
Calidad de atención de los servicios de salud	Baratos	33	129.14	21.49	3.74	[121.52, 136.77]	19.24	< .001	.052
	Económicos	132	126.55	22.39	1.95	[122.70, 130.41]			
	Caros	714	116.74	25.18	0.94	[114.89, 118.59]			
	Muy caros	338	109.27	25.86	1.41	[106.51, 112.04]			
	Total	1217	116.07	25.56	0.73	[114.63, 117.50]			

En el análisis de la dimensión *proceso-resultado* en función de la institución de salud, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de usuarios que asisten a hospitales públicos, unidades de salud, Seguro social y clínica privada [($M = 33.72$, $DE = 8.34$; $M = 36.11$, $DE = 7.35$; $M = 34.40$, $DE = 8.19$; $M = 40.09$, $DE = 9.55$); $F(3.1181) = 26.89$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .064$]. Al aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que asiste a la unidad de salud y el que asiste al hospital público ($p = .010$) y al Seguro social ($p = .043$), y entre el grupo que asiste a la clínica privada y el que asiste al hospital público ($p < .001$), a la unidad de salud ($p < .001$) y al Seguro social ($p < .001$), siendo el grupo que asiste a las unidades de salud el que tiene una mayor valoración del proceso- resultado del sistema de salud, en comparación con los grupos que asisten al hospital público y al Seguro social; y el grupo que asiste a las clínicas privadas tiene una mayor valoración del proceso-resultado del sistema de salud en comparación con el que asiste al hospital público, a las unidades de salud y al Seguro social, con un efecto medio.

Al contrastar la dimensión *actitud diligente* en función de la institución de salud, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de usuarios que asisten a hospitales públicos, unidades de salud, seguro social y clínica privada [($M = 17.42$, $DE = 5.29$; $M = 18.85$, $DE = 4.66$; $M = 17.84$, $DE = 5.01$; $M = 20.47$, $DE = 5.88$); $F(3.1187) = 16.10$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .039$]. Al aplicar la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que asiste a la unidad de salud y el que asiste al hospital público ($p = .014$), y entre el grupo que asiste a la clínica privada y el que asiste al hospital público ($p < .001$), a la unidad de salud ($p = .006$) y al seguro social ($p < .001$), siendo el grupo que asiste a las unidades de salud el que tiene una mayor valoración de la actitud diligente del sistema de salud, en comparación con el grupo que asiste al hospital público; y el grupo que asiste a las clínicas privadas tiene una mayor valoración de la actitud diligente del sistema de salud en comparación con el que asiste al hospital público, a las unidades de salud, y al seguro social, con un efecto pequeño.

Al realizar el análisis de la dimensión *calidad de atención de los servicios de salud* en función de la institución, se encontró que existen diferencias estadísticas significativas entre los grupos de usuarios que asisten a hospitales públicos, unidades de salud, Seguro social y clínica privada [($M = 108.43$, $DE = 25.50$; $M = 117.12$, $DE = 22.63$; $M = 111.87$, $DE = 25.58$; $M = 131.10$, $DE = 31.23$); $F(3.1172) = 30.44$; $p < .001$; $\eta_p^2 = .079$]. Al aplicar

la prueba *post hoc* de Scheffé, se encontraron diferencias significativas entre el grupo que asiste a la unidad de salud y el que asiste al hospital público ($p = .003$), y entre el grupo que asiste a la clínica privada con el que asiste al hospital público ($p < .001$), a la unidad de salud ($p < .001$) y al seguro social ($p < .001$), siendo el grupo que asiste a las unidades de salud el que tiene una mayor valoración de la calidad de atención de los servicios de salud, en comparación con el grupo que asiste al hospital público; y el grupo que asiste a las clínicas privadas tiene una mayor valoración de la calidad de atención de los servicios de salud en comparación con el que asiste al hospital público, a las unidades de salud, y al Seguro social, con un efecto medio. Para revisar o verificar los datos, ver la tabla 9.

Tabla 9. Diferencia de medias (M) y desviación estándar (DE) de las dimensiones de la calidad de atención de los servicios de salud en función de institución

Dimensiones/Institución	N	M	DE	*SE	IC/95%	F	p	η_p^2	
Proceso-resultado	Hospital público	219	33.72	8.34	1.27	[32.61, 34.83]	26.89	<.001	.064
	Unidad de salud	346	36.11	7.35	0.66	[35.34, 36.89]			
	Seguro social	418	34.40	8.19	0.30	[33.61, 35.19]			
	Clínica privada	199	40.09	9.55	0.46	[38.76, 41.43]			
	Total	1182	35.73	8.50	0.24	[35.25, 36.22]			
Estructura/ institución	Hospital público	211	26.09	6.77	1.02	[25.18, 27.01]	29.83	<.001	.071
	Unidad de salud	348	28.45	6.10	0.54	[27.80, 29.09]			
	Seguro social	408	28.11	6.90	0.26	[27.44, 28.78]			
	Clínica privada	201	32.40	8.52	0.41	[31.22, 33.59]			
	Total	1168	28.59	7.21	0.20	[28.17, 29.00]			

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Actitud diligente	Hospital público	224	17.42	5.29	0.72	[16.72, 18.11]	16.10	<.001	.039
	Unidad de salud	343	18.85	4.66	0.42	[18.36, 19.35]			
	Seguro social	420	17.84	5.01	0.19	[17.36, 18.32]			
	Clínica privada	201	20.47	5.88	0.28	[19.65, 21.29]			
	Total	1188	18.50	5.22	0.15	[18.20, 18.79]			
Accesibilidad/ oportunidad	Hospital público	216	17.91	5.26	0.85	[17.20, 18.62]	32.47	<.001	.077
	Unidad de salud	341	19.59	4.80	0.43	[19.08, 20.10]			
	Seguro social	417	18.52	5.31	0.20	[18.01, 19.03]			
	Clínica privada	203	22.55	6.52	0.30	[21.65, 23.45]			
	Total	1177	19.41	5.60	0.16	[19.09, 19.73]			
D. del centro de salud	Hospital público	222	5.25	1.57	0.27	[5.05, 5.46]	5.08	.002	.012
	Unidad de salud	352	5.73	1.54	0.13	[5.57, 5.89]			
	Seguro social	432	5.58	1.58	0.06	[5.43, 5.73]			
	Clínica privada	205	5.77	1.78	0.09	[5.53, 6.02]			
	Total	1211	5.60	1.61	0.05	[5.51, 5.69]			

Calidad de atención de los servicios de salud	Hospital público	195	108.43	25.50	3.74	[104.83, 112.03]	
	Unidad de salud	319	117.12	22.63	1.95	[114.63, 119.62]	30.44 < .001 .079
	Seguro social	370	111.87	25.58	0.94	[109.25, 114.48]	
	Clínica privada	189	131.10	31.23	1.41	[126.62, 135.58]	
	Total	1173	116.19	26.88	0.73	[114.58, 117.80]	

DISCUSIÓN

El problema de la calidad en los servicios de salud es un tema que tiene una evolución y un desarrollo relativamente cortos. Los primeros esfuerzos nacieron en la primera parte del siglo XX en los EE.UU., consolidándose como SGC en los años 60 con la creación de la Comisión Nacional de Indicadores y Estándares para evaluar la calidad de los servicios en los hospitales de ese país. En Latinoamérica, fue una década más tarde que se instalan los primeros esfuerzos orientados a evaluar la calidad de los servicios de salud, pero estos fueron poco exitosos. Años más tarde han logrado consolidarse como sistemas integrales de GC. Es importante resaltar que en el campo de salud interviene una multiplicidad de disciplinas científicas. En cada una de ellas, durante su formación profesional, se adquiere el conocimiento, las competencias y habilidades técnicas de la forma correcta de proceder según lo requiera la enfermedad y dolencia del usuario. Es decir, que cada profesión del campo de la salud tiene establecidos los protocolos y la guía práctica de procedimientos de acuerdo con cada caso y las necesidades del usuario del sistema de salud. Pero no es menos importante señalar que estos protocolos muchas veces no se cumplen por diferentes razones, entre ellas: exceso de carga laboral, limitantes en la formación del profesional, irresponsabilidad del profesional, actitud negativa, cansancio y agotamiento del profesional, entre otras.

En el SNS fue en el año 2005 que se elaboró el primer proyecto de gestión de la calidad, con sus líneas de acción, objetivos e indicadores, sin embargo. Este proyecto nunca tuvo vigencia en la práctica profesional del SNS. Fue hasta el año 2013 que se crea y comienza a instalar un SGC con sus líneas estratégicas, objetivos, indicadores; su comité consultivo nacional, comité nacional hospitalario y las unidades operativas de calidad, adscritas a los hospitales y las regionales de salud. Sin embargo, el personal designado para cumplir estas nuevas fundiciones es el mismo que tiene asignado funciones propias dentro del sistema, además, no se ha asignado recursos económicos para fortalecer la tarea de evaluación y monitoreo de la aplicación del MGC. Otro factor que se debe considerar es que los directores de los centros de salud son quienes deciden, de forma arbitraria, el cumplimiento o no de estas funciones relacionadas con la calidad de los servicios de salud. Debido a estas últimas razones, es poco probables que el MGC instalado en el SNS tenga un cumplimiento más allá de regular o deficiente.

Uno de los factores determinantes de la calidad de los servicios de salud de El Salvador es el bajo presupuesto asignado al Minsal, que es un poco superior a los 600 millones de dólares al año, equivalente al 6.8 % del PIB o \$291.00 por cada habitante para el año 2018. Estas cifras explican la carente cobertura del sistema de salud, la poca y deficiente infraestructura, la falta de recursos humanos y la carencia de insumos médicos básicos y de medicamentos, entre otros. Los datos antes señalados están relacionados con los elaborados por el equipo investigador con los datos proporcionados por el Banco Central de Reserva (BCR). En este sentido, el presupuesto público asignado a la salud se ha incrementado sustancialmente en los últimos 10 años. Para el año 2008, fue de 399.29 millones de dólares, y en 2017, de 662.55 millones (BCR, 2018). En términos porcentuales, pasó de 11.83 a 13.81 % del presupuesto público nacional. En relación con el porcentaje del PIB, pasó de 2.22 a 2.67 % en los mismos años. Es casi impensable un MGC en un SNS con los pocos recursos financieros asignados por el Estado. Solo para dimensionar el problema, en los países de renta media, y desarrollados, los presupuestos públicos de salud pueden rondar el 18 % del PIB o valores cercanos a los \$10.000 per cápita para salud por año.

En el análisis descriptivo de la percepción del usuario sobre la calidad de los servicios de salud, se tiene que los indicadores que presentan un mayor puntaje de aceptación están entre 55 a 63 % de ponderación, valorados como buenos o muy buenos. Para interpretar adecuadamente estos resultados, se hará uso de los estándares de medición de la calidad de los servicios de salud del gobierno de los EE.UU., el cual los organiza en los siguientes cuatro niveles: puntajes inferiores al 25 %, *no cumple* (o malo/a); valores entre 26 a 50 %, *parcialmente bajos* (o regular); entre 51 a 75 %, *parcialmente alto* (bueno/a), y superiores a 76 %, *sí cumple* (o muy bueno/a). Estos criterios de evaluación están en el Proyecto nacional de medición de estándares y desempeño de la salud pública de EE.UU. (NPHPSP, 2005), el cual establece cuatro niveles para medir la calidad de atención en salud pública.

Los puntajes entre 55 a 63 %, considerados como buenos o muy buenos, al convertirlos a una escala de 1.0 a 10.0, estarían entre 5.5 a 6.3. Entre los indicadores mejor evaluados por la población de salvadoreños usuarios del SNS están: el humanismo del médico, los conocimientos del médico, la mejora de la salud después de la consulta médica, una adecuada explicación del médico sobre el tratamiento, el pertinente tratamiento que le indicó el médico, los medicamentos indicados fueron

buenos o muy buenos y el centro de salud está limpio y ordenado. Estos indicadores son *parcialmente altos o buenos*. Sin embargo, hay un grupo de indicadores de la calidad de los servicios de salud que están entre malos y deficientes, que tienen prevalencia de porcentajes altos o muy altos. Entre estos se tienen: inadecuadas actitudes del personal de salud, mala atención del SNS, largo tiempo de espera entre citas, largo tiempo de espera el día de la consulta, malos o deficientes horarios de atención médica de emergencia y consulta general, difícil acceso al médico especialista, la atención brindada por la enfermera fue mala o deficiente y hubo pobre seguimiento de la enfermedad entre citas. También hay que destacar que la mayoría de los indicadores de la calidad de los servicios del SNS podrían calificarse como malos o deficitarios, debido a que más del 80 % de los indicadores del estudio presentan puntajes superiores al 50 % de valoración negativa. Estos resultados están en sintonía con los encontrados por Gutiérrez-Quintanilla (2009), quien expresa que 63.4 % de la muestra expresa que la atención del sistema de salud público salvadoreño es malo, mientras que 70.8 % manifiesta que los tiempos de espera entre una cita y la otra son muy largos, y 68.4 % dice que el acceso al médico especialista es sumamente difícil. También coinciden con resultados del autoestudio cualitativo del Minsal (MSPAS, 2005), que enfatiza en los problemas de la suficiencia y preparación del recurso humano, las deficiencias en la gestión de insumos asistenciales, el insuficiente monitoreo y supervisión, la falta de estandarización en la prestación de los servicios de salud y la ausencia de un sistema de categorización.

La percepción de la calidad de los servicios de salud, en función del sexo, lugar de residencia y edad, no revela diferencias estadísticas en la calidad de los servicios de salud según estas variables socioculturales. Sin embargo, se observan en todos los subgrupos porcentajes superiores a 50 puntos, en la categoría de malo o deficiente, indicando que estas variables cualitativas no están relacionadas con la calidad de los servicios de salud. En el análisis de la calidad de la atención de los servicios de salud en función de la institución que los presta, se encontró que la institución si está relacionada con la calidad de los servicios de salud. En un sentido muy general, los datos indican que, en casi todos los centros de salud, los servicios que prestan son malos o deficientes, únicamente las clínicas y hospitales privados prestan servicios de salud moderadamente buenos o muy buenos. Por otra parte, se observa cierta relación positiva entre las regiones del país con la calidad de los servicios de salud, siendo la

región central la peor evaluada y la oriental la que presenta puntajes moderadamente altos. Probablemente estos resultados se deban a la densidad poblacional de la región central, ya que esta es la más poblada del país; la mayoría de regiones presentan porcentajes superiores a los 50 puntos, en malo o deficiente, excepto la región oriental, que tiene un valor superior al 50 % en bueno o muy bueno.

Con referencia a los costos de la salud en el SNS, existen diferencias significativas entre los diferentes subgrupos del estudio. Se puede apreciar una correlación inversamente proporcional, es decir, que quienes perciben los costos de la salud como baratos tienen una mejor percepción de la calidad de los servicios de salud; en la medida que se incrementa la percepción de los costos de la salud, más baja es la percepción de calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, aquellos que piensan que la salud es muy cara son los que tienen la peor opinión sobre la calidad de la atención de los servicios de salud en El Salvador. Es probable que la percepción inversa de barato mejor calidad y muy caro, peor calidad tenga relación con las expectativas de los usuarios del sistema de salud, debido a que quienes pagan menos podrían calificar una atención mala o deficiente como buena, y quienes pagan mucho, esperar un servicio de máxima calidad en los servicios de salud.

RECOMENDACIONES

- El Estado deberá hacer esfuerzos extraordinarios para incrementar progresivamente, cada año, el presupuesto público para la salud de la población, debido a que El Salvador se encuentra entre los países con más bajo presupuesto público de salud en el mundo respecto al PIB, siendo esta la causa principal de los diferentes problemas que enfrenta el SNS.
- Que el modelo GC, instalado por el Minsal, deberá asignársele un estatus de obligatoriedad para los diferentes centros de salud, y deberá ser responsabilidad de los directores el cumplimiento o no de esta función. Además, deberá asignarse recursos económicos y humanos, para la supervisión, capacitación, evaluación, monitoreo e investigación del MGC. Este personal, deberá tener como única función el trabajo sobre el modelo de calidad, atendiendo las funciones antes señaladas.
- Implantar como política pública la evaluación del sistema de salud, desde la perspectiva del usuario. Debido a que en muchos países se dispone de estudios o encuestas nacionales periódicas para medir la opinión y satisfacción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud. Ya que las evaluaciones internas de los MGC no son suficientes, estos se complementan con la participación de los usuarios.
- Gestionar más recursos económicos para construir, mejorar y remozar infraestructura física, para brindar un mejor servicio en el sistema de salud salvadoreño, debido a que los usuarios observan que la infraestructura es insuficiente y se encuentra en malas condiciones para prestar adecuadamente los servicios de salud.
- Procurar que las condiciones materiales básicas de comodidad de los usuarios estén cubiertas cuando estos están ingresados. Existen deficientes recursos como: mobiliario, materiales e insumos médicos, medicamentos; los accesorios, cuando se está ingresado, son insuficientes o malos.
- Los usuarios del SNS observan y experimentan en los centros de salud, ya sean unidades de salud y hospitales, la inexistencia de materiales

y equipo médico. Lo mismo sucede con los medicamentos. También aprecian que el seguimiento de la evolución de la enfermedad es inadecuado. Hay poca o nada diligencia del personal de salud al momento de tratar al usuario. Igual situación ocurre con la evaluación y el diagnóstico del usuario, debido a que los exámenes no se indican ni están en los tiempos esperados. En este sentido, es recomendable que tanto los profesionales como las autoridades de los centros de salud hagan esfuerzos por mejorar estas condiciones, que son experimentadas por los usuarios.

- Es importante revisar los tiempos de espera entre citas, el tiempo de espera el día de la consulta, los horarios de las consultas, el acceso a la consulta de emergencia; el acceso al médico especialista es muy difícil. El personal encuestado sobre estas situaciones concretas tiene una percepción negativa; y que podría calificarse como de deficiente. En este sentido, deben hacerse esfuerzos extraordinarios para mejorar estas vivencias de poca satisfacción para los usuarios.
- Brindar capacitación a los profesionales de la salud sobre cómo mostrar una actitud diligente e interesada ante el usuario y su enfermedad. También deberá mejorarse el trato humano y de calidez al usuario. En muchas ocasiones las profesionales de enfermería tratan inadecuadamente al usuario y las relaciones interpersonales son deficientes.

REFERENCIAS

- Acosta, M.; Sáenz, M.R.; Gutiérrez, B., & Bermúdez, J.L. (2011). "Sistema de salud de El Salvador". *Salud Publica Mex*, 53(2), 188-196.
- AERA, APA & NCME. (1999). *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education.
- Anastasi, A. (1976). *Psychological testing*. New York: MacMillan Publishing Co.
- Ashton, J. (2001). "Monitoring the Quality of Hospital Care". *Health Manager's Guide*. Maryland: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Baltussen, R.; Yé, Y.; Hadad, S. & Sauerborn, R. (2002). "Perceived quality of care of primary care services in Burkina Faso". *Health Policy and Plan*, 17(1), 42-8.
- Banco Central de Reserva (2018). "Presupuestos públicos asignados al Minsal". San Salvador, El Salvador.
- Baron-Epel, O.; Dushenat, M. & Friedman, N. (2001). "Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care". *Int J Qual Health Care*, 13(4), 317-323.
- Bernhart, M.; Wiadnyana, I.; Wihardjo, H. & Pohan, I. (1999). "Patient satisfaction in developing countries". *Soc Sci Med*, 48, 989-996.
- Berwick, D.M.; Enthoven, A. & Bunker, J.P. (1992). "Quality management in the NHS: The doctor's role-II". *British Medical Journal* 304, 304-308.
- Berwick, D.M. (1995). *Improving Health Care Quality*. Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2005). "Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.
- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). "Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (2008). "Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública". 10.^a

- Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado. San Salvador, El Salvador.
- Clark, L.A. & Watson, D. (1995). "Constructing validity: Basic issues in objective scale development". *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Clark, L.A. & Watson, D. (2003). "Constructing validity: Basic issues in objective scale development". En A.E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (3^a ed.) (pp. 207-231). Washington: APA.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a. ed.). New Jersey Lawrence Earlbaum Associates.
- Comrey, A.L. (1988). "Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 754-761.
- Cortina, J.M. (1993). "What is coefficient alpha? An examination of theory and applications". *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.
- Deming, W.E. (1982). *Quality Productivity and Competitive Position*. Massachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian, A. (1966) "Evaluating the quality of medical care". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
- Donabedian, A. (1974) *Concepts of Health Care Quality: A Perspective*. Washington: National Academy of Sciences, Institute of medicine.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Volumes I, II, and III. Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian A. (1984). "Quality, cost, and cost containment". *Nurs Outlook*, 32, 142-145.
- Donabedian, A. (1988). "Veinte años de investigación en torno a la calidad de la atención médica, 1964-1984". *Salud Pubica Mex*, 30, 202-215.
- Edwards, C. & Staniszewska, S. (2000). "Accessing the user's perspective". *Health Soc Care Community*, 8(6), 417-24.
- Fitzpatrick, R. (1991). "Surveys of patient satisfaction: important general considerations". *Br Med J*, 302, 887-889.
- Floyd, F.J. & Widaman, K.F. (1995). "Factor análisis in the development and refinement of clinical assessment instruments". *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Gross, R.; Tabenkin, H.; Porta, A.; Heymann, A.; Greenstein, M.; Porter, B.; ...; Matzliach, R. (2003). "The relationship between primary care physicians' adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study". *Fam Pract*, 20(5), 563-569.
- Gronlund, N.E. (1976). *Elaboración de test de aprovechamiento*. México: Trillas.

- Guilford, J.P. (1954). *Psychometric Methods*. New York: McGraw-Hill Book Co.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2009). "Servicios de salud pública en San Salvador". San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador.
- Hambleton, R.K. & Jong, J.H. (2003). "Advances in translating and adapting educational and psychological tests". *Language Testing*, 20, 127-134.
- Haynes, S.N.; Richard, D.C.S. & Kubany, E.S. (1995). "Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods". *Psychological Assessment*, 7, 238-247.
- Hogan, T.P. & Agnello, J. (2004). "An empirical study of reporting practices concerning measurement validity". *Educational and Psychological Measurement*, 64(5), 802-812. <https://doi.org/10.1177/0013164404264120>
- Juran, J.M. (1988). *Juran's Quality Control Handbook* (Fourth Edition). USA: McGraw-Hill.
- Langley, G.J.; Nolan, K.M.; Nolan, T.W.; Norman, C.L; & Provost, L.P. (1996). *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. California: Jossey-Bass Publishers.
- Magnusson, D. (1982). *Teoría de los test*. México: Trillas.
- Martínez-Arias, R. (1995). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Síntesis.
- Massoud, R.; Askov, K.; Reinke, J.; Franco, L.M.; Bornstein, T.; Knebel, E.; ... Macaulay, C. (2001). A Modern Paradigm for Improving Healthcare Quality. *QA Monograph Series 1(1)*. Maryland: Published for the United States Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.
- Mendoza, J.; Piechulek, H. & Al-Sabir, A. (2001). "Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh". *Bull WHO*, 79(6), 512-517.
- Miller-Franco, L.; Silimperi, D.; Veldhuyzen, T.; MacAulay, C.; Askov, K.; Bouchet, B.; ...; Marquez, L. [QAP] (2004). "Sostenibilidad de la calidad en la atención de salud: Institucionalización de la garantía de la calidad". *Serie de monografías de garantía de calidad 2(1)*: Publicado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). EE.UU. Disponible en http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pna-da-547.pdf.
- Ministerio de Economía de El Salvador, Dirección General de Estadística y Censos (Digestyc., 2016). "Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples". San Salvador, El Salvador.

- Ministerio de Salud [Minsal] (2012). "Lineamientos técnicos de mejora continua de la calidad en hospitales de las RIISS". San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2016). "Política Nacional de Salud 2015-2019". San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2017). "Dimensiones de la calidad de atención de los centros de salud". San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2017-2018). Memorias de labores. San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud [Minsal] (2018). "Presupuesto en salud". San Salvador, El Salvador.
- Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000 (2002). "Calidad del servicio de salud desde la percepción de la usuaria: Diagnóstico de necesidades de comunicación". Lima: Pathfinder International, USAID.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2005). "Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador". San Salvador, El Salvador. Disponible en http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/Programa_-garantia_calidad_servicios_salud.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Consejo Superior de Salud Pública (2010). "Propuesta Técnica para desarrollar un sistema de garantía de calidad de salud para El Salvador". San Salvador, El Salvador.
- Ministry of Health and Population of Malawi (1997). *National Quality Assurance Plan (draft)*. Lilongwe, Malawi.
- Mira, J. & Aranaz, J. (2000). "La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria". *Med Clin (Barc)*, 114(3), 26-33.
- Montero, I. & Leon, O.G. (2007). "A guide for naming research studies in Psychology". *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Muñiz, J. (1998). *Teoría clásica de los test*. Madrid: Pirámide.
- Muñiz, J.; Bartram, D.; Evers, A.; Boben, D.; Matesic, K.; Glabeke, K., ... Zaal, J.N. (2001). "Testing practices in european countries". *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 201-211.
- Muñiz, J. & Hambleton, R.K. (1996). "Directrices para la traducción y adaptación de los tests". *Papeles del Psicólogo*, 66, 63-70.
- Muñiz, J. & Hambleton, R.K. (2000). "Adaptación de los test de unas culturas a otras". *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 2, 129-149.

- Nunnally, J.C. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Oliver, J.G. (2005). "Calidad en salud pública. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública", Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España; Agencia de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. *Gac Sanit*, 19(4), 325-32.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2015). "Objetivos de desarrollo sostenible". Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2016). "Gastos en salud como total del PIB". Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, & Grupo Banco Mundial (2018). "Entregando Calidad de servicios de salud: Un imperativo global para la cobertura universal de la salud". Ginebra, Suiza.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2007). "27.ª Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente". Washington, D.C. Disponible en <http://www1.paho.org/spanish-/gov/csp/csp27-16-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2016). *Indicadores básicos de salud*. Washington, Estados Unidos.
- Osterlind, S.J. (1989). *Constructing test items*. Massachusetts: Kluwer.
- Pascoe, G. (1983). "Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis". *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pérez-Porto, J. & Merino, M. (2014). "Definiciones de diligente". Disponible en <https://definicion-.de/diligente/>
- Proyecto de Garantía de Calidad y Organización Panamericana de Salud (2005). "Maximización de calidad de la atención en la reforma del sector salud: La función de las estrategias de garantía de calidad". Informe LACRSS No. 64. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.
- Ramírez-Sánchez, T.J., Nájera-Aguilar, P., & Nigenda-López, G. (1998). "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios". *Salud pública de México*, 40(1).

- Roemer, M.I. & Montoya-Aguilar, C. (1988). "Quality assessment and assurance in primary health care". *WHO Offset Publication* (105).
- Ruiz-Bolívar, C. (2010). "Validez". Programa Interinstitucional Doctorado en Educación; Universidad Noroccidental "Leandro Alvarado, Universidad Nacional Experimental Politécnica, Antonio José de Sucre.
- Schneider, H. & Palmer, N. (2002). "Getting to the truth? Researching user views of primary health care". *Health Policy Plann*, 17(1), 32-41.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). "Patient satisfaction: a review of issues and concepts". *Soc Sci Med*, 45(12), 1829-1843.
- Smith, G.T., Fischer, S. & Fister, S.M. (2003). "Incremental validity principles in test construction". *Psychological Assessment*, 15, 467-477.
- Smith, G.T. & McCarthy, D.N. (1995). "Methodological considerations in the refinement of clinical assessment instruments". *Psychological Assessment*, 7, 300-308.
- Snook, S.C. & Gorsuch, R.L. (1989). "Component analysis versus common factor analysis: A Monte Carlo study". *Psychological Bulletin*, 106, 148-154.
- Stevens, J. (1992). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Traverso-Yépez, M., & Morais, N.A. (2004). "Reinvindicando a subjetividade dos usuarios da Rede Básica de Saúde: para uma humanizacao do atendimento". *Cad. Saúde Pública*, 20(1), 80-88.
- Walsh, W.B. (1995). *Tests and assessment*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Williams, G. (1997). *Calidad de los Servicios de Salud*. Ministerio de Salud y Acción Social, Argentina.
- XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno (2008). "Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública". Adoptada en San Salvador, El Salvador, en noviembre de 2008. Disponible en <https://documentos.serviciocivil.cl/-actas/dnsc/documentService/downloadWs?uuid=bbdfcbb-19bd-4a10-bc49-6086b-761070b>

ADJUNTOS

Adjunto 1. Instrumento construido y utilizado en ambos estudios

ESCALA DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Indicaciones: El presente estudio tiene como propósito evaluar la percepción de la población sobre **la calidad de los servicios de salud en El Salvador**. Para ello, estamos solicitando su colaboración respondiendo cada una de las preguntas que se le hacen. Se pide que responda una sola vez en cada pregunta, colocando una equis (X) en la casilla del número que aparece a la derecha de cada pregunta. Favor responda de acuerdo con las vivencias, experiencias personales u observaciones en **el centro de salud que regularmente asiste**. La información facilitada será tratada confidencialmente.

Muchas gracias.

DATOS GENERALES

1. Institución de salud a la que regularmente asiste:

1. Hospital público 2. Unidad de salud 3. Seguro social

4. Clínica/hospital privado 5. Ecos

2. **Género:** 1. Femenino 2. Masculino

3. **Residencia:** 1. Urbana 2. Rural

4. **Edad:** _____ años

5. Estado civil:

1. Casado (a) 2. Acompañado(a) 3. Divorciado(a) 4. Soltero(a)

5. Viudo(a)

6. **Escolaridad:**

7. **Número de miembros en su hogar:**

8. Piensa usted que los costos de enfermarse y curarse en El Salvador son:

1. Baratos 2. Regulares 3. Caros 4. Muy caros

Forma de responder

1 = Mala(s); 2 = Regular; 3 = Buena(o); 4 = Muy buena(o)

No.	Ítems	1	2	3	4
1	Las instalaciones físicas (infraestructura) del centro de salud son	1	2	3	4
2	La distribución física de los departamentos y unidades del centro de salud es	1	2	3	4
3	La organización funcional (toma de decisiones) del centro de salud es	1	2	3	4
4	El centro de salud está limpio y ordenado	1	2	3	4
5	La conservación y el mantenimiento del centro de salud son	1	2	3	4
6	La dirección y administración del centro de salud son	1	2	3	4
7	La comodidad básica del paciente cuando está ingresado en el centro de salud es	1	2	3	4
8	La comodidad básica del paciente cuando tiene consulta externa es	1	2	3	4
9	El equipamiento de bancas, sillas y escritorios es	1	2	3	4
10	Los aparatos, equipo médico y materiales son	1	2	3	4
11	El proceso de atención sigue un protocolo estándar (ordenado)	1	2	3	4
12	La existencia de medicamentos e insumos médicos (jeringas, descartables) es	1	2	3	4
13	La elaboración del expediente clínico y la entrega de medicamentos son	1	2	3	4
14	La toma de exámenes clínicos (laboratorio y rayos X) y entrega de resultados son	1	2	3	4
15	El seguimiento de la evolución de la enfermedad por el médico es	1	2	3	4
16	La atención que recibe de la enfermera(o) es	1	2	3	4

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

17	La evaluación diagnóstica y el tratamiento médico fueron	1	2	3	4
18	Observa diligencia y esfuerzo en el médico para tratar su problema de salud	1	2	3	4
19	Lo administrativo, como sacar una cita, solicitar una constancia médica, es	1	2	3	4
20	La medicina indicada por el médico fue	1	2	3	4
21	El tratamiento que le indicó el médico para curar la enfermedad fue	1	2	3	4
22	La impresión general de la atención médica recibida fue	1	2	3	4
23	La atención del sistema de salud salvadoreño (hospital, clínica, unidad de salud) es	1	2	3	4
24	Los cuidados e indicaciones que recibe de las(os) profesionales de enfermería son	1	2	3	4
25	La explicación que le dio el médico tratante sobre la enfermedad fue	1	2	3	4
26	La explicación que le dio el médico tratante sobre el tratamiento fue	1	2	3	4
27	La enfermera(o) le orienta sobre el proceso que debe cumplir con su tratamiento	1	2	3	4
28	La mejora de su salud después de la visita al centro de salud fue	1	2	3	4
29	La accesibilidad por la distancia a un centro de salud es	1	2	3	4
30	Los costos en dinero para asistir a una consulta médica son	1	2	3	4
31	El trasladarse de su casa a un centro de salud es	1	2	3	4
32	El tiempo de espera entre una cita y la otra, fue	1	2	3	4
33	Al presentarse a la consulta médica, el tiempo de espera fue	1	2	3	4
34	Los horarios de atención médica (consulta y emergencias) en El Salvador son	1	2	3	4
35	El acceso al médico general en el sistema de salud es	1	2	3	4
36	El acceso al médico especialista en el sistema de salud es	1	2	3	4

37	Las habilidades de los profesionales de la salud para hacer su trabajo son	1	2	3	4
38	Los conocimientos que tiene el médico tratante son	1	2	3	4
39	Las actitudes (disposición) del personal de salud fueron	1	2	3	4
40	Los criterios que posee el médico para elaborar el diagnóstico y tratamientos son	1	2	3	4
41	El trato (humano) de los profesionales de la salud fue	1	2	3	4
42	La diligencia y el esfuerzo en la atención del personal de salud fueron	1	2	3	4
43	El interés y la atención de la enfermera(o) fueron	1	2	3	4
44	Las relaciones interpersonales del personal de enfermeras fueron	1	2	3	4
45	El interés que mostró el médico tratante en su problema fue	1	2	3	4
46	El humanismo que mostró el médico tratante en su problema fue	1	2	3	4
47	El seguimiento o continuidad entre una cita y la siguiente fue	1	2	3	4
48	La permanencia o disposición de los servicios de salud en el centro fue	1	2	3	4
49	Percibió mejoría y beneficios en su salud después de consultar al médico	1	2	3	4
50	Los exámenes clínicos fueron indicados y realizados en un tiempo razonable	1	2	3	4

BREVE HOJA DE VIDA DE LOS INVESTIGADORES

José Ricardo Gutiérrez-Quintanilla. Doctor en Psicología Social (Ph.D) por Atlantic International University (EE.UU.), con postgrado en análisis de datos por la Universidad de Granada (España), posee una maestría en Educación Universitaria y es licenciado en Psicología por la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec). Posee varios diplomados y postgrados en Psicología y Salud. En la actualidad es profesor e investigador en la Utec. Hasta la fecha, ha realizado 18 proyectos de investigación, muchos de estos financiados por organismos internacionales. Sus estudios se han centrado en la psicología de la violencia, salud mental, psicopatología, adicciones, clima organizacional y psicometría. Sus informes han sido presentados en diferentes congresos de Psicología y Psiquiatría, tanto nacionales como internacionales. Ha publicado más de 50 artículos académico-científicos; la mitad de estos en revistas internacionales especializadas. Ha publicado 14 libros de sus investigaciones. Por sus aportes a la Psicología y a la salud mental salvadoreña, ha recibido varios reconocimientos, entre ellos el de “Psicólogo del año 2010”. Actualmente es miembro de la Red de Investigadores Salvadoreños (Redisal-Conacyt).

Marlon Elías Lobos Rivera. Licenciado en Psicología con postgrado en Entornos Virtuales para la Práctica Educativa por la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec). Actualmente está cursando Maestría en Docencia Universitaria. Es docente por parte de la escuela de Psicología e investigador asociado en estudios del área de la Psicología ejecutados por la Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social de la Utec. Ha elaborado artículos científicos en coautoría con otros investigadores. Posee experiencia en asesoría de trabajos de investigación a nivel de pregrado y postgrado en la fase metodológica, en análisis estadísticos e interpretación de resultados.

COLECCIÓN INVESTIGACIONES 2003-2019

Publicación	Nombre	ISBN
2003	Historia de la Economía de la Provincia del Salvador desde el siglo XVI hasta nuestros días. Primer Tomo Siglo XVI Jorge Barraza Ibarra	99923-21-12-1 (v 1) 99923-21-11-3 (Edición completa)
Diciembre 2003	Recopilaciones Investigativas. Tomos I, II y III	SIN ISBN
2004	Historia de la Economía de la Provincia del Salvador desde el siglo XVI hasta nuestros días. Segundo Tomo Siglos XVII y XVIII Jorge Barraza Ibarra	99923-21-14-8 (v 2) 99923-21-11-3 (Edición completa)
2004	Historia de la Economía de la Provincia del Salvador desde el siglo XVI hasta nuestros días. Tercer Tomo Siglo XIX Jorge Barraza Ibarra	99923-21-15-6 (v 3) 99923-21-11-3 (Edición completa)
2005	Historia de la Economía de la Provincia del Salvador desde el siglo XVI hasta nuestros días. Cuarto Tomo Siglo XIX Jorge Barraza Ibarra	99923-21-31-8 99923-21-11-3 (Edición completa)
2006	Historia de la Economía de la Provincia del Salvador desde el siglo XVI hasta nuestros días. Quinto Tomo Siglo XX Jorge Barraza Ibarra	99923-21-39-3 (v 5) 99923-21-11-3 (Edición completa)
2009	Recopilación Investigativa. Tomo I	978-99923-21-50-8 (v1)
2009	Recopilación Investigativa. Tomo II	978-99923-21-51-5 (v2)
2009	Recopilación Investigativa. Tomo III	978-99923-21-52-2 (v3)
Enero 2010	Casa Blanca Chalchuapa, El Salvador. Excavación en la trinchera 4N. Nobuyuki Ito	978-99923-21-58-4
Marzo 2010	Recopilación Investigativa 2009. Tomo 1	978-99922-21-59-1 (v.1)
Marzo 2010	Recopilación Investigativa 2009. Tomo 2	978-99922-21-60-7 (v.2)
Marzo 2010	Recopilación Investigativa 2009. Tomo 3	978-99922-21-61-7 (v.3)
Octubre 2010	Obstáculos para una investigación social orientada al desarrollo. Colección Investigaciones José Padrón Guillen	978-99923-21-62-1
Febrero 2011	Estructura familia y conducta antisocial de los estudiantes en Educación Media. Colección Investigaciones n.º 2 Luis Fernando Orantes Salazar	

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Febrero 2011	Prevalencia de alteraciones afectivas: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. Colección Investigaciones n.º 3 José Ricardo Gutiérrez Ana Sandra Aguilar de Mendoza	
Marzo 2011	Violación de derechos ante la discriminación de género. Enfoque social. Colección Investigaciones n.º 4 Elsa Ramos	
Marzo 2011	Recopilación Investigativa 2010. Tomo I	978-99923-21-65-2 (v1)
Marzo 2011	Recopilación Investigativa 2010. Tomo II	978-99923-21-65-2 (v2)
Marzo 2011	Recopilación Investigativa 2010. Tomo III	978-99923-21-67-6 (v3)
Abril 2011	Diseño de un modelo de vivienda bioclimática y sostenible. Fase I. Colección Investigaciones n.º 5 Ana Cristina Vidal Vidales Luis Ernesto Rico Herrera Guillermo Vásquez Cromeyer	
Noviembre 2011	Importancia de los indicadores y la medición del quehacer científico. Colección Investigaciones n.º 6 Noris López de Castaneda	978-99923-21-71-3
Noviembre 2011	Memoria Sexta Semana del Migrante	978-99923-21-70-6
Mayo 2012	Recopilación Investigativa 2011. Tomo I	978-99923-21-75-1 (tomo 1)
Mayo 2012	Recopilación Investigativa 2011. Tomo II	978-99923-21-76-8 (tomo 2)
Mayo 2012	Recopilación Investigativa 2011. Tomo III	978-99923-21-77-5 (tomo 3)
Abril 2012	La violencia social delincinencial asociada a la salud mental en los salvadoreños Colección Investigaciones n.º 7 Ricardo Gutiérrez Quintanilla	978-99923-21-72-0
Octubre 2012	Programa psicopreventivo de educación para la vida efectividad en adolescentes Utec-PGR. Colección Investigaciones Ana Sandra Aguilar de Mendoza Milton Alexander Portillo	978-99923-21-80-6

Noviembre 2012	Causas de la participación del clero salvadoreño en el movimiento emancipador del 5 de noviembre de 1811 en El Salvador y la postura de las autoridades eclesiales del Vaticano ante dicha participación. Claudia Rivera Navarrete	978-99923-21-88-1
Noviembre 2012	Estudio Histórico proceso de independencia: 1811-1823. José Melgar Brizuela	978-99923-21-87-4
Noviembre 2012	El Salvador insurgente 1811-1821 Centroamérica. César A. Ramírez A.	978-99923-21-86-7
Enero 2012	Situación de la educación superior en El Salvador. Colección Investigaciones n.º 1 Carlos Reynaldo López Nuila	
Febrero 2012	Estado de adaptación integral del estudiante de educación media de El Salvador. Colección Investigaciones n.º 8 Luis Fernando Orantes	
Marzo 2012	Aproximación etnográfica al culto popular del Hermano Macario en Izalco, Sonsonate, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 9 José Heriberto Erquicia Cruz	978-99923-21-73-7
Mayo 2012	La televisión como generadora de pautas de conducta en los jóvenes salvadoreños. Colección Investigaciones n.º 10 Edith Ruth Vaquerano de Portillo Domingo Orlando Alfaro Alfaro	
Mayo 2012	Violencia en las franjas infantiles de la televisión salvadoreña y canales infantiles de cable. Colección Investigaciones n.º 11 Camila Calles Minero Morena Azucena Mayorga Tania Pineda	
Junio 2012	Obrajes de añil coloniales de los departamentos de San Vicente y La Paz, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 14 José Heriberto Erquicia Cruz	

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Junio 2012	San Benito de Palermo: elementos afrodescendientes en la religiosidad popular en El Salvador. Colección Investigaciones n.º 16 José Heriberto Erquicia Cruz Martha Marielba Herrera Reina	978-99923-21-80-5
Julio 2012	Formación ciudadana en jóvenes y su impacto en el proceso democrático de El Salvador. Colección Investigaciones n.º 17 Saúl Campos	
Julio 2012	Factores que influyen en los estudiantes y que contribuyeron a determinar los resultados de la PAES 2011. Colección Investigaciones n.º 12 Saúl Campos Blanca Ruth Orantes	978-99923-21-79-9
Agosto 2012	Turismo como estrategia de desarrollo local. Caso San Esteban Catarina. Colección Investigaciones n.º 18 Carolina Elizabeth Cerna Larissa Guadalupe Martín José Manuel Bonilla Alvarado	
Agosto 2012	Conformación de clúster de turismo como prueba piloto en el municipio de Nahuizalco. Colección Investigaciones n.º 19 Blanca Ruth Gálvez García Rosa Patricia Vásquez de Alfaro Juan Carlos Cerna Aguiñada Óscar Armando Melgar.	
Septiembre 2012	Mujer y remesas: administración de las remesas. Colección Investigaciones n.º 15 Elsa Ramos	978-99923-21-81-2
Octubre 2012	Responsabilidad legal en el manejo y disposición de desechos sólidos en hospitales de El Salvador. Colección Investigaciones n.º 13 Carolina Lucero Morán	978-99923-21-78-2
Febrero 2013	Estrategias pedagógicas implementadas para estudiantes de Educación Media y el Acoso Escolar (<i>bullying</i>). Colección Investigaciones n.º 25 Ana Sandra Aguilar de Mendoza	978-99923-21-92-8

Marzo 2013	Representatividad y pueblo en las revueltas de principios del siglo XIX en las colonias hispanoamericanas. Héctor Raúl Grenni Montiel	978-99961-21-91-1
Marzo 2013	Estrategias pedagógicas implementadas para estudiantes de educación media. Colección Investigaciones n.º 21 Ana Sandra Aguilar de Mendoza	978-99923-21-92-8
Abril 2013	Construcción, diseño y validez de instrumentos de medición de factores psicosociales de violencia juvenil. Colección Investigaciones José Ricardo Gutiérrez Quintanilla	978-99923-21-95-9
Mayo 2013	Participación política y ciudadana de la mujer en El Salvador. Colección Investigaciones n.º 20 Saúl Campos Morán	978-99923-21-94-2
Mayo 2013	Género y gestión del agua en la mancomunidad La Montaña, Chalatenango, El Salvador. Normando S. Javaloyes Laura Navarro Mantas Ileana Gómez	978-99923-21-99-7
Junio 2013	Libro Utec 2012 Estado del medio ambiente y perspectivas de sostenibilidad. Colección Investigaciones José Ricardo Calles Hernández	978-99961-48-00-2
Julio 2013	Guía básica para la exportación de la flor de loroco desde El Salvador hacia España, a través de las escuelas de hostelería del país vasco. Álvaro Fernández Pérez	978-99961-48-03-3
Agosto 2013	Proyecto Migraciones Nahua-pipiles del Postclásico en la cordillera del Bálsamo. Colección Investigaciones n.º 24 Marlon V. Escamilla William R. Fowler	978-99961-48-07-1
Agosto 2013	Transnacionalización de la sociedad salvadoreña, producto de las migraciones. Colección Investigaciones n.º 25 Elsa Ramos	978-99961-48-08-8

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Septiembre 2013	La regulación jurídico penal de la trata de personas especial referencia a El Salvador y España. Colección Investigaciones Hazel Jasmin Bolaños Vásquez	978-99961-48-10-1
Septiembre 2013	Estrategias de implantación de clúster de turismo en Nahuizalco. Colección Investigaciones n.º 22 Blanca Ruth Gálvez Rivas Rosa Patricia Vásquez de Alfaro Óscar Armando Melgar Nájera	978-99961-48-05-7
Septiembre 2013	Fomento del emprendedurismo a través de la capacitación y asesoría empresarial como apoyo al fortalecimiento del sector de la Mipyme del municipio de Nahuizalco en el departamento de Sonsonate. Diagnóstico de gestión Colección Investigaciones n.º 23 Vilma Elena Flores de Ávila	978-99961-48-06-4
Septiembre 2013	Imaginario y discursos de la herencia afrodescendiente en San Alejo, La Unión, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 26 José Heriberto Erquicia Cruz Martha Marielba Herrera Reina Wolfgang Effenberger López	978-9961-48-09-5
Septiembre 2013	Memoria Séptima Semana del Migrante	978-99961-48-11-8
Septiembre 2013	Inventario de las capacidades turísticas del municipio de Chiltiupán, departamento de La Libertad. Colección Investigaciones n.º 33 Lissette Cristalina Canales de Ramírez Carlos Jonatan Chávez Marco Antonio Aguilar Flores	978-99961-48-17-0
Septiembre 2013	Condiciones culturales de los estudiantes de educación media para el aprendizaje del idioma Inglés. Colección Investigaciones n.º 35 Saúl Campos Morán Paola María Navarrete Julio Aníbal Blanco	978-99961-48-22-4

Septiembre 2013	Recopilación Investigativa 2012. Tomo I	978-99923-21-97-3
Septiembre 2013	Recopilación Investigativa 2012. Tomo II	978-99923-21-98-0
Noviembre 2013	Infancia y adolescencia como noticia en El Salvador. Camila Calles Minero	978-99961-48-12-5
Diciembre 2013	Metodología para la recuperación de espacios públicos. Ana Cristina Vidal Vidales Julio César Martínez Rivera	978-99961-48-4-9
Marzo 2014	Participación científica de las mujeres en El Salvador. Primera aproximación. Camila Calles Minero	978-99961-48-15-6
Abril 2014	Mejores prácticas en preparación de alimentos en la micro y pequeña empresa. Colección Investigaciones n.º 29 José Remberto Miranda Mejía	978-99961-48-20-0
Abril 2014	Historias, patrimonios e identidades en el municipio de Huizúcar, La Libertad, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 31 José Heriberto Erquicia Martha Marielba Herrera Reina Ariana Ninel Pleitez Quiñonez	978-99961-48-18-7
Abril 2014	Evaluación de factores psicosociales de riesgo y de protección de violencia juvenil en El Salvador. Colección Investigaciones n.º 30 José Ricardo Gutiérrez	978-99961-48-19-4
Abril 2014	Condiciones socioeconómicas y académicas de preparación para la de los estudiantes de educación media. Colección Investigaciones n.º 32 Saúl Campos Paola María Navarrete	978-99961-48-21-7
Mayo 2014	Delitos relacionados con la pornografía de personas menores de 18 años: especial referencia a las tecnologías de la información y la comunicación con medios masivos. Colección Investigaciones n.º 34 Hazel Jasmín Bolaños Miguel Angel Boldova Carlos Fuentes Iglesias	978-99961-48-16-3

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Junio 2014	Guía de buenas prácticas en preparación de alimentos en la micro y pequeña empresa	
Julio 2014	Perfil actual de la persona migrante en El Salvador. Utec-US COMMITTE	978-99961-48-25-5
Septiembre 2014	Técnicas de estudio. Recopilación basada en la experiencia docente. Flavio Castillo	978-99961-48-29-3
Septiembre 2014	Valoración económica del recurso hídrico como un servicio ambiental de las zonas de recarga del río Acelhuate. Colección Investigaciones n.º 36 José Ricardo Calles	978-99961-48-28-6
Septiembre 2014	Migración forzada y violencia criminal una aproximación teórica practica en el contexto actual. Colección Investigaciones n.º 37 Elsa Ramos	978-99961-48-27-9
Septiembre 2014	La prevención del maltrato en la escuela. Experiencia de un programa entre alumnos de educación media. Colección Investigaciones n.º 38 Ana Sandra Aguilar de Mendoza	978-99961-48-26-2
Septiembre 2014	Percepción del derecho a la alimentación en El Salvador. Perspectiva desde la biotecnología. Colección Investigaciones n.º 39 Licda. Carolina Lucero	978-99961-48-32-3
Diciembre 2014	El domo el Guegüecho y la evolución volcánica. San Pedro Perulapán (Departamento de Cuscatlán), El Salvador. Primer Informe. Colección Investigaciones n.º 41 Walter Hernández Guillermo E. Alvarado Brian Jicha Luis Mixco	978-99961-48-34-7
Enero 2015	Publicidad y violencia de género en El Salvador. Colección Investigaciones n.º 40 Camila Calles Minero Francisca Guerrero Morena L. Azucena Hazel Bolaños	978-99961-48-35-4

Marzo 2015	Imaginario colectivo, movimientos juveniles y cultura ciudadana juvenil en El Salvador. Colección Investigaciones n.º 42 Saúl Campos Morán Paola María Navarrete Carlos Felipe Osegueda	978-99961-48-37-8
Mayo 2015	Estudio de buenas prácticas en clínica de psicología. Caso Utec. Colección Investigaciones n.º 44 Edgardo Chacón Andrade Sandra Beatriz de Hasbún Claudia Membreño Chacón	978-99961-48-40-8
Junio 2015	Modelo de reactivación y desarrollo para cascos urbanos. Colección Investigaciones n.º 48 Coralía Rosalía Muñoz Márquez	978-99961-48-41-5
Junio 2015	Niñas, niños, adolescentes y mujeres en la ruta del migrante. Colección Investigaciones n.º 54 Elsa Ramos	978-99961-48-46-0
Julio 2015	Historia, patrimonio e identidades en el Municipio de Comasagua, La Libertad, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 49 José Heriberto Erquicia Cruz Martha Marielba Herrera Reina	978-99961-48-42-2
Agosto 2015	Evaluación del sistema integrado de escuela inclusiva de tiempo pleno implementado por el Ministerio de Educación de El Salvador. (Estudio de las comunidades educativas del municipio de Zaragoza del departamento de La Libertad). Colección Investigaciones n.º 43 Mercedes Carolina Pinto Benítez Julio Aníbal Blanco Escobar Guillermo Alberto Cortez Arévalo Wilfredo Alfonso Marroquín Jiménez Luis Horaldo Romero Martínez	978-99961-48-43-9
Agosto 2015	Aplicación de una función dosis-respuesta para determinar los costos sociales de la contaminación hídrica en la microcuenca del Río Las Cañas, San Salvador, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 45 José Ricardo Calles Hernández	978-99961-48-45-3

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Octubre 2015	El derecho humano al agua en El Salvador y su impacto en el sistema hídrico. Colección Investigaciones n.º 50 Sandra Elizabeth Majano Carolina Lucero Morán Dagoberto Arévalo Herrera	978-99961-48-49-1
Octubre 2015	Análisis del tratamiento actual de las lámparas fluorescentes, nivel de contaminantes y disposición final. Colección Investigaciones n.º 53 José Remberto Miranda Mejía Samuel Martínez Gómez John Figerald Kenedy Hernández Miranda	978-99961-48-48-4
Noviembre 2015	El contexto familiar asociado al comportamiento agresivo en adolescentes de San Salvador. Colección Investigaciones n.º 52 José Ricardo Gutiérrez Quintanilla Delmi García Díaz María Elisabet Campos Tomasino	978-99961-48-52-1
Noviembre 2015	Práctica de prevención del abuso sexual a través del funcionamiento familiar. Colección Investigaciones n.º 55 Ana Sandra Aguilar de Mendoza María Elena Peña Jeé Manuel Andreu Ivett Idayary Camacho	978-99961-48-53-8
Diciembre 2015	Problemas educativos en escuelas de Cojutepeque contados por los profesores y profesoras. Escuela de Antropología. Julio Martínez	
Febrero 2016	Desplazamiento interno forzado y su relación con la migración internacional. Colección Investigaciones n.º 56 Elsa Ramos	978-99961-48-56-9
Marzo 2016	Monografía Cultural y socioeconómica del cantón Los Planes de Renderos. Colección Investigaciones n.º 57 Saúl Campos Paola Navarrete Carlos Osegueda Julio Blanco Melissa Campos	978-99961-48-60-6

Abril 2016	Modelo de vivienda urbana sostenible. Colección Investigaciones n.º 58 Coralía Rosalía Muñoz Márquez	978-99961-48-61-3
Mayo 2016	Recopilación de Investigaciones en Tecnología 2016: Colección Investigaciones n.º 59 Internet de las cosas: Diseño e implementación de prototipo electrónico para el monitoreo vía internet de sistemas de generación fotovoltaico. Omar Otoniel Flores Cortez German Antonio Rosa Implementación de un entorno de aprendizaje virtual integrando herramientas de <i>E-learning</i> y CMS. Marvin Elenilson Hernández Carlos Aguirre <i>Big data</i> , análisis de datos en la nube. José Guillermo Rivera Verónica Idalia Rosa Urrutia	978-99961-48-62-0
Julio 2016	Aplicación de buenas prácticas de negocio (pequeña y mediana empresa de los municipios de San Salvador, Santa Tecla y Soyapango en El Salvador.) Colección Investigaciones n.º 46 Vilma de Ávila	978-99961-48-44-6
Julio 2016	Afectaciones psicológicas en estudiantes de instituciones educativas públicas ubicadas en zonas pandilleriles. Colección Investigaciones n.º 60 Edgardo R. Chacón Manuel A. Olivar Robert David MacQuaid Marlon E. Lobos Rivera	978-99961-48-67-5
Octubre 2016	Los efectos cognitivos y emocionales presentes en los niños y las niñas que sufren violencia intrafamiliar. Colección Investigaciones n.º 61 Ana Sandra Aguilar Mendoza	978-99961-48-69-9
Noviembre 2016	Historia, patrimonio e identidad en el municipio Puerto de La Libertad, El Salvador. Colección Investigaciones n.º 62 José Heriberto Erquicia Cruz Paola María Navarrete Gálvez	978-99961-48-70-5

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Febrero 2017	El comportamiento agresivo al conducir asociado a factores psicosociales en los conductores salvadoreños. Colección Investigaciones n.º 63 José Ricardo Gutiérrez Quintanilla Óscar Williams Martínez Marlon Elías Lobos Rivera	978-99961-48-72-9
Marzo 2017	Relaciones interétnicas: afrodescendientes en Centroamérica. Colección Investigaciones n.º 64 José Heriberto Erquicia Rina Cáceres	978-99961-48-73-6
Abril 2017	Diagnóstico de contaminación atmosférica por emisiones diésel en la zona metropolitana de San Salvador y Santa Tecla. Cuantificación de contaminantes y calidad de combustibles. Colección Investigaciones n.º 65 José Remberto Miranda Mejía Samuel Martínez Gómez Yonh Figerald Kenedy Hernández Miranda René Leonel Figueroa Noé Aguirre	978-99961-48-75-0
Mayo 2017	Causas y condiciones del incremento de la migración de mujeres salvadoreñas. Colección Investigaciones n.º 66 Elsa Ramos	978-99961-48-76-7
Junio 2017	Etnografía del volcán de San Salvador. Colección Investigaciones n.º 67 Saúl Campos Morán Paola María Navarrete Carlos Felipe Osegueda	978-99961-48-77-4
Agosto 2017	Modelo de e-Turismo cultural aplicando tecnología <i>m-Learning</i> , georreferencia, visitas virtuales y realidad aumentada para dispositivos móviles. Colección Investigaciones n.º 68 Elvis Moisés Martínez Pérez Melissa Regina Campos Solórzano Claudia Ivette Rodríguez de Castro Ronny Adalberto Cortez Reyes Rosa Vania Chicas Molina Jaime Giovanni Turcios Dubón	978-99961-48-80-4

Octubre 2017	Influencia de la tradición oral, la cocina que practican los pueblos indígenas y las variantes dialectales en la conservación y difusión de la lengua náhuat pipil. Colección Investigaciones n.º 69 Morena Guadalupe Magaña de Hernández Jesús Marcos Soriano Aguilar Clelia Alcira Orellana Mercedes Carolina Pinto Julio Aníbal Blanco José Ángel García Tejada	978-99961-48-84-2
Noviembre 2017	Propuesta de políticas públicas frente al perfil demográfico de El Salvador Carolina Lucero Morán Guiomar Bay Saúl Campos Morán Lucía del Carmen Zelaya de Soto	978-99961-48-87-3
Noviembre 2017	El estado de las competencias de desarrollo de la mujer en la zona de La Libertad Ana Sandra Aguilar de Mendoza	978-99961-48-88-0
Diciembre 2017	Conocimiento financiero y económico entre estudiantes universitarios: un estudio comparativo entre El Salvador y Puerto Rico Modesta Fidelina Corado Roberto Filándier Rivas Ronald Hernández Maldonado	978-99961-48-89-7
Enero 2018	Situación actual del manejo de las aguas ordinarias en lotificaciones y parcelaciones habitacionales de la zona rural de El Salvador. Un análisis de cumplimiento técnico y legal aproximado Alma Carolina Sánchez Fuentes María Teresa Castellanos Araujo Ricardo Calles Hernández Erick Abraham Castillo Flores	978-99961-48-91-0
Abril 2018	Aplicación de herramientas <i>big data</i> al Viceministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano del Ministerio de Obras Públicas de El Salvador Verónica Idalia Rosa José Guillermo Rivera	978-99961-48-97-2
Mayo 2018	Diagnóstico de necesidades de capacitación del personal de empresas del sector turismo del municipio de La Libertad Carlos Rolando Barrios López Blanca Ruth Gálvez Rivas	978-99961-48-98-9

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Junio 2018	Etnografía de Santa María Ostuma: tierra de la piña, leyendas y tradiciones Carlos Felipe Osegueda Osegueda Miguel Ángel Hernández Vásquez Georgina Sulamita Ordóñez Valle Francisco Enrique Santos Alvarenga Josué Mauricio López Quintana Miguel Ángel Rodas Ramírez	978-99961-48-99-6
Julio 2018	El <i>ombudsman</i> de las audiencias de los medios de comunicación en El Salvador: factibilidad y aceptación Camila Calles Minero Leida Monterroza Matute	978-99961-86-00-4
Agosto 2018	Compilación de investigaciones de tecnología 2017 Extracción de conocimiento a partir de texto Ronny Adalberto Cortez Reyes Aulas conectadas: sistema IoT para el registro de asistentes Omar Otoniel Flores Cortez Verónica Idalia Rosa Urrutia	978-99961-86-01-1
Septiembre 2018	Sistematización y registro de banco de datos de proyectos en oportunidades para deportados salvadoreños Paola María Navarrete	978-99961-86-02-8
Septiembre 2018	Migración y cambio climático Elsa Ramos	978-99961-86-04-2
Octubre 2018	La salud general relacionada con la adaptación a la vida universitaria. Análisis de factores asociados Edgardo René Chacón Andrade José Ricardo Gutiérrez Quintanilla Marlon Elías Lobos Rivera Robert David MacQuaid Marvin Josué Flamenco Cortez	978-99961-86-06-6

<p>Noviembre 2018</p>	<p>El estado de las competencias de desarrollo socioeconómico y psicosocial de las familias en el área costera de El Salvador. Fase II. Estudio multicéntrico</p> <p>Ana Sandra Aguilar de Mendoza José Rigoberto Vaquerano Benavides Lizzie Nájera de Henríquez Larissa Hernández Monterrosa Glenda Yamileth Trejo Magaña Osmel Alberto Sánchez Granados Elmer José René Hernández Romero Edwin Osmil Coreas Flores Diana Beatriz Moreno Ventura Ramón Edgardo Marquina Martínez</p>	<p>978-99961-86-10-3</p>
<p>Diciembre 2018</p>	<p>Historia del VIH en El Salvador y calidad de vida en personas adultas viviendo positivas a VIH</p> <p>Ana Sandra Aguilar de Mendoza Rolando Alberto Alas Ramírez Jorge Alberto Panameño, Médico infectólogo</p>	<p>978-99961-86-09-7</p>
<p>Marzo 2019</p>	<p>Perfil económico y social del sector restaurantes en El Salvador</p> <p>Modesta Fidelina Corado Roberto Filánder Rivas</p>	<p>978-99961-86-13-4</p>
<p>Mayo 2019</p>	<p>Comunicación patrimonial y accesibilidad para personas con discapacidad en los museos de San Salvador desde la perspectiva del diseño para todos</p> <p>María Sofía Albayero García Jaime Pascual Chávez Martínez Mauricio Armando Hernández Sosa Karen Trinidad Consuegra Prempfer Luisa Massiel Ramos Iglesias Carmen Margarita Morán Hernández</p>	<p>978-99961-86-16-5</p>
<p>Agosto 2019</p>	<p>Múltiple colapso sectorial del volcán de San Salvador</p> <p>Walter Hernández Brian Jicha</p>	<p>978-99961-86-17-2</p>
<p>Septiembre 2019</p>	<p>Perspectivas y desafíos de las personas migrantes salvadoreñas beneficiarias del TPS</p> <p>Elsa Ramos</p>	<p>978-99961-86-18-9</p>

Evaluación de la calidad de la atención de los servicios del sistema salvadoreño de salud, desde la percepción del usuario

Septiembre 2019	Cosmovisión e identidad de las cofradías de Izalco y su relación con las condiciones socioeconómicas de sus participantes Georgina Sulamita Ordóñez Valle Saúl Campos Morán	978-99961-86-19-6
-----------------	---	-------------------



*Este libro se terminó de imprimir
en el mes de octubre de 2019
en los talleres de Tecnoimpresos, S.A. de C.V.
19ª. Av. Norte N.º 125,
ciudad de San Salvador, El Salvador, C.A.*



**Universidad Tecnológica
de El Salvador**

Esta investigación construyó y validó un instrumento para medir la calidad de atención de los servicios de salud en El Salvador, además evaluó dicha calidad desde la percepción del usuario. El estudio se basa en las teorías de diferentes autores e instituciones especializadas en la evaluación de la calidad de atención de los servicios de salud. Es un estudio de tipo *ex post facto* e instrumental. Se midió un conjunto de variables relativas a la calidad de los servicios de salud después de haber asistido a un centro de salud público o privado.

La Colección Investigaciones tiene el objetivo de evidenciar el trabajo científico de la Universidad Tecnológica de El Salvador ante la comunidad científica nacional e internacional, y la sociedad.

No hay enseñanza sin investigación ni investigación sin enseñanza
Pablo Freire



Vicerrectoría de Investigación y Proyección Social
Calle Arce y 19ª avenida Sur n.º 1045,
edificio Dr. José Adolfo Araujo Romagoza,
San Salvador, El Salvador, (503) 2275 1013 / 2275 1011