



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**VALIDACIÓN DE ENCUESTAS SERVQHOS Y EVALUACIÓN DE
LA CALIDAD PERCIBIDA SATISFACCIÓN E INTENCIONES DE
COMPORTAMIENTO DE PACIENTES EN UN ÁREA DE
HOSPITALIZACIÓN**



PRESENTADO POR

OSWALDO TIPIANI RODRÍGUEZ

TESIS

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD

ASESOR

WILFREDO MORMONTOY LAUREL

LIMA – PERÚ

2022



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**VALIDACIÓN DE ENCUESTAS SERVQHOS Y EVALUACIÓN DE
LA CALIDAD PERCIBIDA SATISFACCIÓN E INTENCIONES DE
COMPORTAMIENTO DE PACIENTES EN UN ÁREA DE
HOSPITALIZACIÓN**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE
SALUD**

**PRESENTADA POR
OSWALDO TIPIANI RODRÍGUEZ**

**ASESOR
MTRO. WILFREDO MORMONTOY LAUREL**

LIMA, PERÚ

2022

JURADO

Presidente: Dr. Ricardo Aliaga Gastelumendi

Miembro: Mtra. Cybill Chavez Rivas

Miembro: Mg. Paul Fernando Cuellar Villanueva

A mi esposa, ejemplo de hija, mujer y madre, quien con su amor y comprensión me mostró que la felicidad se alcanza de la mano de Dios

A mis hijos, Sophye y Oswaldo, motivo y alegría de mi vida

A mi abuelita, padres y hermanos por enseñarme el valor del estudio

AGRADECIMIENTOS

Al Mtro. Wilfredo Mormontoy Laurel, mi asesor metodológico, por sus enseñanzas y su apoyo.

Al Dr. Miguel Ángel Ponciano Biaggi, jefe de departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Sabogal, por las facilidades administrativas para realizar este trabajo.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	viii
Resumen	x
Abstract	xi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	47
VI. RESULTADOS	55
V. DISCUSIÓN	83
VI. CONCLUSIONES	91
VII. RECOMENDACIONES	92
FUENTES DE INFORMACIÓN	93
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ficha técnica de encuestas SERVQHOS	23
Tabla 2. Principales teorías sobre la satisfacción del paciente en la asistencia sanitaria	27
Tabla 3. Modificaciones de ítems de SERVQHOS	51
Tabla 4. Resumen de la determinación de la V de Aiken, según criterio de jueces	57
Tabla 5. Fiabilidad de SERVQHOS según el método de mitades partidas	58
Tabla 6. Medidas de consistencia interna y características de los ítems	59
Tabla 7. Pruebas de normalidad de las escalas en estudio	59
Tabla 8. Test-retest de encuestas SERVQHOS	61
Tabla 9. Prueba de KMO y Bartlett	62
Tabla 10. Comunalidades según análisis de componentes principales	62
Tabla 11. Varianza total explicada	63
Tabla 12. Matriz de componente rotado	64
Tabla 13. Dimensiones de la calidad percibida y coeficientes Alfa de Cronbach según factores identificados	65
Tabla 14. Principales índices de ajuste del modelo de encuestas SERVQHOS	68
Tabla 15. Índices de bondad de ajuste del modelo	69
Tabla 16. Prueba de hipótesis según modelo estructural	70
Tabla 17. Regresión logística multinomial para la satisfacción según la calidad percibida	71
Tabla 18. Regresión logística multinomial para la intención de comportamiento según la satisfacción	72

Tabla 19. Correlación entre SERVQHOS y SERVQUAL, según la Dimensión Fiabilidad	73
Tabla 20. Correlación entre SERVQHOS y SERVQUAL, según la Dimensión Empatía	73
Tabla 21. Correlación entre SERVQHOS y SERVQUAL, según la Dimensión Tangibles	74
Tabla 22. Correlación entre SERVQHOS y Escala Breve de Celos	75
Tabla 23. Prueba de validez discriminante	75
Tabla 24. Correlación entre ítems de SERVQHOS	76
Tabla 25. Correlación entre SERVQHOS y SERVPERF. Dimensión Fiabilidad	77
Tabla 26. Correlación entre SERVQHOS y SERVPERF. Dimensión Empatía	77
Tabla 27. Correlación entre SERVQHOS y SERVPERF. Dimensión Tangibles	78
Tabla 28. Escala de valoración o baremación de las dimensiones de encuestas SERVQHOS	78
Tabla 29. Matriz de mejora	80
Tabla 30. Estimaciones de parámetro respecto de la dimensión Tangibles	81
Tabla 31. Estimaciones de parámetro respecto de la dimensión Empatía	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la calidad de servicio según Mosadeghrad	16
Figura 2. Componentes de la calidad de atención percibida, basada en Donabedian	13
Figura 3. Componentes de la calidad de atención, basada en Donabedian	18
Figura 4. Vías para hacer operativa la teoría de Donabedian en el modelo de atención	18
Figura 5. Modelo de la calidad técnica y funcional de Grönroos	19
Figura 6. Modelo de brecha en la calidad de servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)	20
Figura 7. Calidad percibida, basada en el modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry	21
Figura 8. Modelo SERVPERF, basado en Cronin y Taylor	22
Figura 9. Modelo Jerárquico multidimensional de la calidad de servicio de Brady y Cronin	24
Figura 10. Los antecedentes y el modelo mediador de Dabholkar, Shepherd y Thorpe (2000)	25
Figura 11. factores que pueden determinar la satisfacción de los pacientes.	29
Figura 12. Esquema basado en el marco integrador de Golder, Mitra y Moorman	32
Figura 13. modelo estructural de Aljaberi MA, et al (2018)	34
Figura 14. Modelo de satisfacción del cliente de la Sociedad Americana de Calidad	35
Figura 15. Modelo calidad de servicio y sus relaciones. Basado en Eklöf (2000)	36

Figura 16. Etapas de la validación de un instrumento	39
Figura 17. Esquema para diferenciar la validez de la confiabilidad	45
Figura 18. Modelo propuesto para demostrar la relación entre las variables en estudio	46
Figura 19. Procedimiento de recolección de datos por etapas. EBC: escala breve de celos	52
Figura 20. Características sociodemográficas y de la gestación	55
Figura 21. Correlación de puntuaciones de SERVQHOS tomados con dos semanas de diferencia	60
Figura 22. Gráfico de sedimentación	64
Figura 23. Gráfico de componentes en espacio rotado	65
Figura 24. Modelo de medida de SERVQHOS	67
Figura 25. Segundo modelo de relaciones estructurales	68
Figura 26. Tercer modelo de relaciones estructurales	70
Figura 27. Calidad percibida según dimensiones	79

RESUMEN

Con el objetivo de validar las encuestas SERVQHOS y evaluar la calidad percibida, la satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área hospitalaria de Lima-Perú, se realizó un estudio instrumental, cuantitativo, observacional, analítico, longitudinal y prospectivo. Se entrevistó a 206 pacientes, obteniendo una tasa de respuesta de 93.2%. Se demostró su validez de contenido (V de Aiken = 0.95); su fiabilidad (coeficiente de Spearman-Brown = 0.78, Alfa de Cronbach = 0.96 y correlación intraclase ≥ 0.94); su validez de constructo con un análisis factorial exploratorio, en el cual, el 87.9 % de la varianza fue explicada por 5 factores, los cuales se redujeron a tres frente al análisis confirmatorio. Se determinó la validez convergente, divergente y de criterio, al compararla con SERVQUAL, la Escala Breve de Celos, y SERVPERF, respectivamente; y su validez discriminante (Lambda de Wilks = 0.86). La calidad percibida fue calificada de alto nivel en sus dimensiones de fiabilidad (70.4%) y empatía (72.3%), pero de baja calidad en los aspectos tangibles (53.9%). Asimismo, un 60.6% expresó estar muy satisfecha, y 72.3% que recomendarían el hospital. Además, se demostró, con un modelo de ecuaciones estructurales, la influencia de la calidad percibida sobre la satisfacción, y de esta sobre las intenciones de comportamiento ($p < 0.01$). Se concluye que, las encuestas SERVQHOS, son un instrumento confiable y válido para evaluar la calidad percibida. Que, el área hospitalaria evaluada adolece de calidad en aspectos tangibles y que, la calidad percibida tiene un efecto directo y significativo sobre la satisfacción, y esta, sobre las intenciones de comportamiento.

Palabras clave: Estudio de Validación, Calidad de la Atención de Salud, Satisfacción del Paciente, Comportamiento del Consumidor.

ABSTRACT

In order to validate the SERVQHOS questionnaire and evaluate the perceived quality, satisfaction, and behavioral intentions of patients in a hospital area of Lima-Peru, an instrumental, quantitative, observational, analytical, longitudinal, and prospective study was carried out. A total of 206 patients were interviewed, obtaining a response rate of 93.2%. Its content validity was demonstrated (Aiken's $V = 0.95$); its reliability (Spearman-Brown coefficient = 0.78, Cronbach's alpha = 0.96 and intraclass correlation ≥ 0.94); its construct validity with exploratory factor analysis, in which 87.9% of the variance was explained by 5 factors, which were reduced to three in the confirmatory analysis. Convergent, divergent, and criterion validity was determined by comparing it with SERVQUAL, the Brief Jealousy Scale, and SERVPERF, respectively; and its discriminant validity (Wilks' Lambda = 0.86). Perceived quality was rated high in its dimensions of reliability (70.4%) and empathy (72.3%), but low in the tangible aspects (53.9%). Likewise, 60.6% expressed being very satisfied, and 72.3% that they would recommend the hospital. In addition, a structural equation model was used to demonstrate the influence of perceived quality on satisfaction, and the influence of satisfaction on behavioral intentions ($p < 0.01$). It is concluded that SERVQHOS is a reliable and valid instrument to assess perceived quality. That the hospital area evaluated lacks quality in tangible aspects and that perceived quality has a direct and significant effect on satisfaction, and this on behavioral intentions.

Keywords: Validation Study, Quality of Health Care, Patient Satisfaction, Consumer Behavior.

NOMBRE DEL TRABAJO

**VALIDACIÓN DE ENCUESTAS SERVQHO
S Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCI
BIDA SATISFACCIÓN E INTENCIONES DE**

AUTOR

OSWALDO TIPIANI RODRÍGUEZ

RECuento DE PALABRAS

32292 Words

RECuento DE CARACTERES

178592 Characters

RECuento DE PÁGINAS

133 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

5.4MB

FECHA DE ENTREGA

Nov 15, 2022 3:01 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Nov 15, 2022 3:13 PM GMT-5

● **15% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Cross

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

MTRO. WILFREDO MORMONTOY LAUREL



Firma del asesor

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Descripción de la situación problemática

De acuerdo con el 57 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización mundial de la Salud (OMS) (2019), la calidad de los servicios debe lograr satisfacer las necesidades de las personas, familias y comunidades, basándose en el conocimiento científico, la ética y mejores prácticas, contribuyendo al bienestar y equidad. Asimismo, refiere que debe contener los siguientes atributos: equidad, oportunidad, eficiencia, efectividad y seguridad; y proponen, en uno de sus acápites, fortalecer la capacidad regulatoria, enumerando, como uno de sus indicadores, el número de países y territorios que cuentan con mecanismos de evaluación, mediante inspección, auditoría y retroalimentación (1,2).

Por tanto, la implementación de estrategias que mejoren la calidad en los servicios de salud, por parte de los proveedores de atención médica, es perentoria, puesto que el tema es relativamente más importante en la atención médica que en otros sectores (3).

Asimismo, se reconoce, cada vez más, la participación del paciente como una parte integral de la atención médica y, su satisfacción, como un componente crítico de los servicios centrados en las personas. Las que están satisfechas están en mejores condiciones de tomar decisiones informadas sobre sus opciones de atención. Además, los recursos pueden utilizarse mejor si están alineados con las prioridades de los clientes, y esto es fundamental para la sostenibilidad de los sistemas de salud en todo el mundo. Las personas piden, cada vez más, sistemas de atención más receptivos, abiertos y transparentes, y esperan que los profesionales los involucren en el proceso de toma de decisiones (1).

Ya, desde que Zwier y Clarke (4) argumentaron que, para sobrevivir a las demandas emergentes en la industria de los servicios de salud, los proveedores de salud públicos y privados deben prepararse para el creciente énfasis que se pone en la satisfacción, a través de mejoras en la calidad del servicio, la cantidad de estudios al respecto han tenido un gran incremento.

Y no es por menos, la satisfacción del usuario es la que, principalmente, determina sus intenciones de comportamiento (lealtad o vuelta al uso del proveedor de servicios) (5).

En EE. UU., la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés), desarrolló instrumentos estandarizados para recoger las opiniones de la experiencia de los pacientes sobre la atención en los centros hospitalarios, una vez que se encuentren de alta, en casa. La importancia que se otorga a estas opiniones es crucial para el reembolso a los centros de Medicare y Medicaid (6,7).

En Perú, en 2012, se publica una guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (8) la cual brinda, de acuerdo con sus autores, una pauta para mejorar la satisfacción de los usuarios y persigue estandarizar su evaluación, con el fin de implementar la mejora de la calidad de atención, y así consolidar una cultura basada en el usuario. Planea para ello, el uso del cuestionario SERVQUAL. De hecho, la mayoría de las investigaciones sobre satisfacción, en nuestro medio, se realiza usando dicho instrumento, el cual es aplicado en diferentes escenarios hospitalarios, de atención primaria, urbanas y rurales, como lo confirma un metaanálisis (9). Este último estudio señala, además, que SERVPERF, es el segundo instrumento más usado.

Sin embargo, ya desde la década de los 90 se han publicado diversos estudios cuestionando las propiedades psicométricas de SERVQUAL, debido a la poca solidez de la teoría de desconfirmación. Además, por el hecho de que una escala basada solo en percepciones maximiza su poder predictivo (10–12), lo cual fue aceptado, incluso, por sus propios autores (13).

Por otro lado, SERVQHOS, está diseñado para evaluar la calidad percibida de la atención en los servicios hospitalarios. Tiene la ventaja de ser de única administración, se basa solo en las percepciones, es autoadministrado, y se responde desde casa, una vez que los pacientes se encuentran de alta (14,15). Ha sido usado en algunos estudios en nuestro país (16), Sin embargo, aún no tiene validación local.

Asimismo, existe gran confusión en la literatura sobre los conceptos de calidad percibida y satisfacción. Por ejemplo, ¿son SERVQUAL o SERPERF instrumentos que evalúan la satisfacción del usuario? La respuesta breve es no. En efecto, ambas fueron diseñadas para evaluar la calidad percibida y no para medir la satisfacción del usuario (11,12). Estos constructos son completamente diferentes, y existe falta de atención en el marco conceptual. Así, la satisfacción tiene poca estandarización y se la sigue usando indistintamente o como un sustituto de aquella, la cual es una construcción conceptualmente diferente y superior (17). Sin embargo, la satisfacción es la que determina, al final, las intenciones de comportamiento de los usuarios (5).

Finalmente, en el Servicio de Obstetricia Médica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS), de EsSalud, en Lima-Perú, luego de una revisión bibliográfica, no se encontró estudios sobre la calidad percibida por las usuarias externas, así como tampoco sobre su satisfacción, si estas se relacionaban entre sí, y con sus intenciones de comportamiento, información que era vital para tomar acciones para optimizar la calidad de atención. Además, se planeó realizar el estudio con las encuestas SERVQUOS, el cual podía ser respondido desde la comodidad de sus hogares, eliminando el sesgo de recolectar respuestas positivas cuando las encuestadas se encontraban en presencia de un entrevistador. Esta escala estaba validada en Perú.

Por todo lo expuesto, se realizó la validación de la escala SERVQHOS, y se determinó su aplicación para evaluar la calidad percibida, la satisfacción y las intenciones de comportamiento, así como la relación entre ellas.

1.2 Problema de investigación

¿Cuál es la validez de encuestas SERVQHOS y la relación entre la evaluación de la calidad percibida, satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización?

1.3 Objetivos generales y específicos

Objetivo general

Validar las encuestas SERVQHOS y evaluar la calidad percibida, la satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización.

Objetivos específicos

Validar las encuestas SERVQHOS.

Evaluar la calidad percibida, la satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización.

Determinar la relación entre la calidad percibida, satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización.

1.4 Justificación

1.4.1 importancia de la investigación

Era importante y necesario hacer una revisión exhaustiva de los conceptos de calidad percibida y de satisfacción del usuario, bajo la luz de la evidencia científica. Estos términos son tratados, en muchos estudios como sinónimos, siendo en realidad dos constructos completamente diferentes. Aportamos, entonces, con evidencia teórica al conocimiento científico.

En lo metodológico, se diseñó un plan para validar un instrumento considerando todos los aspectos para la evaluación de sus propiedades psicométricas, incluyendo el análisis confirmatorio, para determinar, de manera objetiva, las relaciones entre diversas variables. Por tanto, el instrumento validado (SERVQHOS) es un instrumento que beneficiará a todas las áreas hospitalarias que deseen evaluar la calidad percibida, la satisfacción y las intenciones de comportamiento de sus pacientes realizando una encuesta en forma remota.

En lo social, había escasa información empírica sobre la calidad percibida, la satisfacción y las intenciones de comportamiento en el servicio hospitalario en estudio. Sus resultados permitieron identificar aquellos aspectos de la atención que debían corregirse de inmediato, como los aspectos tangibles y la información que brindaban los médicos a los pacientes. Asimismo, se pudo identificar los grupos de edad cronológica y edad gestacional que se relacionaban con la insatisfacción. La comprobación de la correlación directa de la calidad percibida

con la satisfacción y de esta con las intenciones de comportamiento permitieron realizar reuniones médicas para poner énfasis en optimizar la calidad de atención, cambios que beneficiarán a las futuras usuarias externas del servicio en estudio.

1.4.2 Viabilidad

El estudio fue viable pues se contó con los recursos humanos necesarios: un investigador principal y dos colegas que contribuyeron con la búsqueda de la información y la recolección de datos; con acuerdo y distribución de turnos para optimizar el tiempo de investigación. También se contó con capacidad técnica, al tener estudios sobre metodología de la investigación, aplicación de paquetes estadísticos y experiencia en investigación científica.

Asimismo, estuvieron disponibles computadoras e internet con servicio permanente, lo cual garantizó la comunicación y pronta entrega de datos a una computadora principal. Además, el presente estudio fue totalmente financiado por el investigador.

1.5 Limitaciones del estudio

Los instrumentos validados para determinar la calidad percibida (SERVQUAL, SERVPERF) y el que se sometió a validación (SERVQHOS), no incluyen algunas dimensiones, también importantes, llámese efectividad, eficacia y eficiencia, por lo que proponemos incluirlas en un futuro estudio.

Hubo fluctuación de hospitalizaciones de gestantes, debido a que, gran parte del servicio en estudio, estuvo ocupado por pacientes con enfermedad por coronavirus (COVID-19), por lo cual se tuvo que ampliar el periodo de recolección de datos hasta obtener el tamaño muestral deseado.

Por seguridad de las encuestadas y también de los médicos, se redujo el tiempo de contacto durante las evaluaciones y entrevistas, lo cual podría haber afectado su apreciación sobre la calidad del servicio. Sin embargo, luego de una explicación al respecto, ellas manifestaron su comprensión.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Cosma, en 2020, publica un estudio con el objetivo de evaluar la percepción y satisfacción de los pacientes rumanos sobre la calidad del sistema de salud nacional en su conjunto, y de sus componentes. Realizó, para esto, una investigación exploratoria y descriptiva. Recopiló los datos con entrevistas presenciales basadas en un cuestionario de elaboración propia. De los 2305 encuestados, el 83% había utilizado el servicio de salud rumano en los últimos 12 meses. El 58% de los encuestados no confiaba en el sistema. El alojamiento, la comida e instalaciones de los hospitales rumanos se percibieron como de bajo nivel. Un tercio estaba insatisfecho y muy insatisfecho respecto de la impresión general de servicio de salud rumano, se encontró, además, una relación estadísticamente significativa entre la confianza en el servicio de salud, la edad y el género. Concluye que la satisfacción de los pacientes en el uso de los servicios sanitarios se convierte en una herramienta importante para diseñar la calidad del servicio sanitario, la mejora y seguimiento del acceso (18).

García S, et al., en 2020, divulgan un estudio descriptivo, observacional y transversal, con el objetivo de evaluar la calidad percibida en el Servicio de Cirugía Plástica con intervención ambulatoria, con una muestra de 120 pacientes, utilizando la escala SERVQHOS. Encontraron una puntuación de calidad percibida de 4,82 en escala de Likert de 1 a 5; que todos los ítems presentaron puntuaciones superiores a 4,5, excepto en “el tiempo de espera para entrar a quirófano” que fue de 4,03 y que el nivel de satisfacción global es mayor a más edad, en mujeres y en aquellos con estudios superiores. Concluye al señalar que, el instrumento demuestra su capacidad para discriminar entre satisfechos e insatisfechos, aporta áreas de mejora y capacita para la toma de decisiones (16).

Marín C, en 2018, presenta una tesis con el objetivo de analizar la calidad del servicio, validar y aplicar el instrumento SERVQHOS modificada para usarla en enfermería (SERVQHOS-E) a 65 pacientes que ingresaron al área de hospitalización la Fundación Cottolengo de la ciudad de Manta. El instrumento tuvo un alfa de Cronbach de 0.887, y encontró un nivel de satisfacción global de 86.15% y un porcentaje de recomendación de 96.92%; Concluye al señalar que,

de acuerdo con la teoría de desconfirmación de expectativas de Oliver, se encontró altos niveles de calidad percibida en la Fundación (19).

Canzio CZ, en 2019, muestra una tesis donde entrevista a 382 usuarios del servicio de emergencia de 3 hospitales de la DIRIS Lima Este, usó SERVPERF de Cronin y Taylor (12) para determinar la percepción de la calidad de servicio, y 16 preguntas de Feletti (20), para evaluar la satisfacción del usuario. Encontró una asociación significativa entre ambas variables (Rho de Spearman = 0.54) y concluye que la calidad de servicio tiene relación significativa con la satisfacción de los usuarios externos (21)

Morales M, en 2019, publica una tesis con el objetivo de analizar la percepción de la calidad de atención en consultorios externos del hospital San Bernabé, en Montevideo, mediante la aplicación del modelo SERVQHOS. Con una muestra de 72 pacientes, encontró un alfa de Cronbach de 0,87. La valoración mayor fue a la dimensión seguridad; siendo la más baja, la empatía. Sin embargo, halló que los niveles de expectativas superaban en la mayoría de los casos a la percepción. Concluye que existe insatisfacción en las dimensiones de tangibilidad, fiabilidad y capacidad de respuesta (22).

Cantó V, et al., en 2018, presentan un estudio observacional, descriptivo analítico y transversal, en unidades de hospitalización con el mismo tipo de pacientes, pero de dos hospitales con diferente modelo de gestión (Vinalopó e IMED), en Alicante, con el objetivo de comparar el grado de satisfacción de los usuarios, usaron SERVQHOS. Hallaron que, el 80% de los usuarios en Vinalopó, y el 75% de IMED, valoran su asistencia por encima de las expectativas. El 97,1% y 97,5% estaban satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida, respectivamente; y el 97,1% en Vinalopó y el 92.5% en IMED no dudarían en recomendarlo. También, la satisfacción global y SERVQHOS mostraron una asociación cercana a la significación a nivel global ($R^2=0,386$; $p=0,055$). Sin embargo, en el análisis por hospitales los resultados no fueron significativos (IMED: $R^2=0,639$; $p=0,092$; Vinalopó: $R^2=0,63$; $p=0,282$). Concluyen mencionando que, los índices de satisfacción son elevados, con pocas diferencias entre ambos hospitales y superiores en ciertas áreas a otros estudios. Los predictores de calidad fueron el tiempo, la agilidad de los sistemas e

información posiblemente por los cambios en las necesidades y expectativas de los usuarios (23).

Numpaque A et al., en 2016, publican una revisión de los artículos más relevantes relacionados con los modelos SERVQUAL y SERVQHOS en el periodo 2010-2015, en las de las bases de datos Pubmed, ScienceDirect, SciELO, LILACS y Cochrane. Encontraron 28 artículos que cumplían sus criterios de selección. De estos, el 71.4% de los estudios se realizaron entre los años 2012 y 2014. Los países que más publicaron correspondieron al 64.2%, y fueron España con 8, Irán con cinco y Colombia con cuatro artículos y un informe. En relación con el idioma, hubo 14 que fueron publicados en inglés (50%), 12 artículos y un informe en español (46.4%) y 1 artículo en portugués (3.6%). La escala de evaluación SERVQUAL fue utilizada en 18 estudios (64.6%) y la SERVQHOS, en 10 (35.7%). Los países que poseían más publicaciones con el modelo SERVQUAL y el SERVQUOS fueron España, Colombia e Irán. Concluyen al señalar que el modelo SERVQHOS es el más usado en Colombia; que SERVQUAL fue utilizada en el 64.6% y SERVQHOS en el 35.7% (24).

Borré Y et al., en 2016, presentan un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo; con el objetivo de determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en una Institución de Servicios de Salud de Barranquilla (Colombia). Su muestra fue de 158. Usaron una versión validada del SERVQHOS para Enfermería. Encontraron que, la atención de Enfermería es “peor y mucho peor de lo que esperaba” en un 4%, “Como me lo esperaba” en 17%, y “mejor y mucho mejor de lo que me esperaba” en un 78%. El 48.7% estuvo “muy satisfecho”, el 48.1% “satisfecho”, y el 3% “poco y nada satisfecho”. Concluyen señalando que el 78% evidenció altos niveles de calidad percibida de la atención de enfermería; el 17% niveles modestos; y el 4% niveles bajos. Que, el 96.8% se sintió satisfecho y el 97% recomendaría el hospital (25).

Barragán J, Manrique F, en 2010, divulgan un estudio para determinar la validez y confiabilidad de SERVQHOS, en Bocayá, Colombia. Esta fue aplicada a 350 pacientes de servicios quirúrgicos en dos hospitales. Obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,96; y demostraron la unidimensionalidad de la escala con un solo componente que explicaba el 64% de la varianza. Asimismo, identificaron dos

factores a través de las comunalidades y diseñaron una versión con 16 ítems llamado SERVQHOS-E para evaluar la función de enfermería. Concluyen señalando que la validez y confiabilidad del SERVQHOS son adecuadas para medir los conceptos pertinentes (26).

Soto P et al., en 2020, publica un estudio con el objetivo de identificar factores asociados a la calidad percibida de atención en la población adulta afiliada al Seguro Social en Salud (EsSalud). Para ello, analizaron la Encuesta Nacional Socioeconómica de Acceso a la Salud de los Asegurados de EsSalud. Evaluaron consultorio externo, hospitalización y emergencias. Encontraron que, estar empleado ($RMa=0,98$), no conocer los servicios que brinda EsSalud ($RMa=0,97$), no recibir información sobre sus derechos como usuarios ($RMa=0,95$), valorar como bajo el nivel de accesibilidad ($RMa=0,97$) y no sentirse cómodo ($RM=0,92$) fueron asociados a menor puntaje de calidad percibida en consultorio externo. En hospitalización, tener entre 40-59 años ($RMa=0,93$), contar con un índice de riqueza bajo ($RMa=0,92$), no haber recibido información sobre sus derechos ($RMa=0,90$) y no sentirse cómodos ($RMa=0,92$) se asociaron a menor puntuación. En emergencia, no sentirse cómodo ($RMa=0,89$) fue el único factor asociado a una menor puntuación. Concluye al señalar que identificaron factores relativos a los usuarios y a la oferta de servicios asociados a calidad percibida de atención, los cuales deben ser considerados por los tomadores de decisiones para la mejor gestión de EsSalud (27).

Montoya Z, en 2020, presenta una tesis para determinar el nivel de satisfacción relacionado con la percepción de la calidad de atención en púerperas, en el Hospital Distrital Vista Alegre, en Trujillo. Fue un estudio descriptivo correlacional con 64 pacientes, se usaron dos instrumentos: una basada en Donabedian, para evaluar la calidad percibida, y SERVQUAL para determinar la satisfacción del usuario. Los resultados indicaron un nivel de satisfacción de 68,8% y la percepción de la calidad de atención que brinda el profesional de obstetricia en el parto de 91,3%. Hubo pobre correlación entre el nivel de satisfacción con la dimensión técnica científica $Rho = 0,164$ ($p= 0,197$); una correlación directa muy baja pero significativa con la dimensión humana ($Rho = 0,378$); una correlación directa muy baja, no significativa) con la dimensión entorno ($Rho = 0,164$). Concluye al señalar que, existe relación significativa ($<0.05\%$) entre el nivel de

satisfacción de puérperas durante el parto y la percepción de la calidad de atención en el Hospital Distrital Vista Alegre 2019 (28).

Ruiz M, en 2020, publica una tesis consistente en la revisión sistemática de estudios de calidad de atención a usuarios externos en los establecimientos de salud, a nivel del Perú. Al estudiar 30 artículos de diferentes bases de datos halló que la satisfacción en consulta externa global fue de 44.6% en el Minsa y 71.7% en Essalud a nivel primario, mientras a nivel hospitalario el grado de satisfacción fue de 72.5%; pero en zonas geográficamente alejadas, la calidad de atención fue calificada como mala. Concluye al señalar que, ambas variables, en Perú, fueron evaluadas a través de la escala SERVQUAL, y que la satisfacción de los usuarios de salud en nuestro medio, en forma global, es regular (9).

Herrera S, en 2020, presenta una investigación, con el objetivo de determinar si características sociodemográficas como la edad, sexo, nivel de instrucción, nivel socioeconómico y ocupación, se asocian a la satisfacción de la calidad de atención del usuario externo. Fue un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal realizado en Centro de Salud Maritza Campos Díaz, en Arequipa. La muestra estuvo constituida por 350 pacientes quienes acudieron a los consultorios de medicina y ginecología, se aplicó el instrumento SERVQUAL. Encontró que la edad promedio fue de 34,6 años, con predominio del sexo femenino, Se obtuvo una satisfacción global de 86,28%. No se encontró asociación entre la satisfacción de la calidad de atención y las características sociodemográficas del usuario. La dimensión seguridad alcanzó el mayor porcentaje de satisfacción (78,5%). Concluye al señalar que, las características sociodemográficas como edad, sexo, nivel de instrucción, nivel socioeconómico y ocupación, no se asocian a la satisfacción de la calidad de atención del usuario externo (29).

Borda E, en 2020, divulga una tesis con el objetivo de determinar si la edad, sexo, nivel de instrucción, procedencia, nivel socioeconómico y tipo de enfermedad están relacionados con la calidad de atención en el consultorio externo de gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo de EsSalud. Fue un estudio transversal, prospectivo y observacional; utilizando SERVQHOS. Encontró que el 59,40% tenían edades entre 31 - 60

años y 58,70% fueron mujeres. El 30,40% reportaron estar insatisfechos con la atención. Aquellos con edades de 31 a 60 años señalaron satisfacción en un 75,60%. El sexo femenino tuvo un 30,90% de insatisfacción. Los que tenían nivel de instrucción superior expresaron insatisfacción en 57,10%. Los procedentes de provincia tuvieron satisfacción en un 72,70%, y aquellos con nivel socioeconómico alto, reportan mayor nivel de insatisfacción. Concluyó expresando que, la edad menor de 30 años y tener nivel de instrucción superior están relacionados con la insatisfacción con la calidad de atención recibida en el consultorio externo de gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud (30).

Mauricio Y, en 2020, publica una tesis para determinar si los factores sociodemográficos influyen en la calidad de atención percibida en consultorios de obstetricia de un Hospital Regional Docente Materno Infantil de Huancayo. Fue un estudio descriptivo, inductivo y deductivo, de nivel explicativo. Con una población de 4,200 y la muestra de 325; usó para ello el cuestionario SERVQUAL, cuya confiabilidad medida con el alfa de Cronbach fue 0,957. Encontró que existe influencia significativa de los factores sociodemográficos edad, grado de instrucción y lugar de procedencia en la calidad percibida, pero no el tipo de seguro y ocupación. Concluye que existe influencia de los factores sociodemográficos en la calidad de atención percibida (31).

Hernández A, et al., en 2019, muestra un estudio analítico, transversal, empleando datos de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAH) 2018, con el objetivo de determinar la satisfacción de la atención en salud recibida en hospitales del Ministerio de Salud (Minsa); encontró que, de 14 206 adultos, a nivel nacional, el 74,3% de usuarios reportó una satisfacción con el servicio recibido como “bueno o muy bueno”. Que, el padecer una enfermedad crónica, tener una lengua nativa o vivir en conjuntos poblacionales mayores de 2000 personas se asoció con una menor satisfacción. Concluye señalando que $\frac{3}{4}$ de los usuarios externos califican como buena o muy buena la atención recibida en establecimientos del Minsa; y, que hay subgrupos poblacionales con una menor satisfacción (32).

Trujillo D, en 2019, presenta una tesis con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de satisfacción en la atención prenatal y la continuidad de la gestante adolescente, en 2019. Fue un estudio no experimental, transversal, correlacional, con una muestra de 103 gestantes adolescentes, en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Materno Infantil Wichanza, La Esperanza en Trujillo, entre enero y abril de 2019. Encontró que 47.6% de las pacientes tenían un nivel de satisfacción regular, el 42.7%, buena y 9.7% mala. El 87.38% tenían entre 15 a 19 años. El 67.9% procedían de la zona urbana de los cuales el 33.9% la satisfacción es regular, el 29.1% buena, y mala el 4,8%. El 27.18% tenían secundaria y universitaria incompleta; el 21.35%, primaria; el 4.85% superior y el 7.76%, analfabeta. El 47.5% presentaba un nivel de satisfacción regular de la atención recibida por el obstetra; el 42.7%, buena y el 9.7% mala. Concluye al señalar que, no existe relación entre el nivel de satisfacción de la atención prenatal y la continuidad en gestantes adolescentes ($p= 0.278$) (33).

Murillo JP, et al., en 2019, divulga un estudio con el objetivo de estimar los niveles de satisfacción y tiempo de espera en los usuarios de servicios de salud públicos y privados peruanos. Realizaron, para ello, un análisis secundario del cuestionario 1 de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2014, 2015 y 2016. El tiempo de espera se consideró como los minutos que tomó desde que el usuario llegó al establecimiento de salud hasta que ingresó al consultorio médico. La satisfacción fue evaluada con la percepción del usuario. Encontró que los niveles de satisfacción fueron para los años 2014, 2015 y 2016, 70,1% (IC 95% 69,7%-71,2%); 73,7% (IC 95% 72,5%-74,9%); y 73,9% (IC 95% 72,6%-75,1%), respectivamente. Los usuarios afiliados al SIS (2014: 67,7% y 2016: 67,6%) y EsSalud) (2015: 67,2%) fueron los que presentaron menores porcentajes. Las regiones que presentaron mejoría en la satisfacción fueron Cajamarca (2016- 2014: 26%), La Libertad (2016-2014: 26%). La mediana del tiempo de espera fue de 60; 75 y 75 minutos, para los años 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Concluye que, en los años 2014, 2015 y 2016, el 70,1%, 73,7% y 73,9% de los usuarios de los servicios de salud peruanos estuvieron satisfechos con la atención La mediana de tiempo de espera para la atención fue de 60 minutos (34).

Vélez E, en 2019, publica una tesis con el objetivo de demostrar una relación entre el nivel de satisfacción y la calidad de atención percibida. Fue un estudio descriptivo, correlacional, y transversal, con una muestra de 183 puérperas, se utilizó una encuesta con un cuestionario previamente validado mediante criterio de expertos. Encontró que la mayoría de las puérperas del hospital Víctor Ramos Guardia tiene un alto nivel de satisfacción con la atención recibida (87,4%) y una buena percepción de la calidad de atención (97,8%). Concluyó señalando que el nivel de satisfacción de las puérperas tiene una relación estadísticamente significativa, con la calidad de atención (35).

Apaza M, et al., en 2019, presentan una tesis, con el objetivo de analizar la calidad de servicio del personal de salud y su influencia en la satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa del Hospital General Honorio Delgado Espinoza, en Arequipa, Perú. Es un estudio, de acuerdo con sus autores, cuantitativo, de tipo correlacional, causal, de diseño no experimental y transversal. Encuestaron a 230 pacientes usando dos cuestionarios: SERVQUAL para medir la calidad percibida, y SERVPERF para la satisfacción; encontrando que, respecto de la calidad de servicio del personal de salud, un 30,4% de usuarios indican un nivel pésimo, el 43,5%, regular y el 26,1%, excelente. Concluye al señalar que, estos resultados indican que existen deficiencias en el servicio de consulta externa del Hospital Honorio Delgado Espinoza; entre ellos, el trato inadecuado que se brinda a los usuarios, la escasa información y la deficiente atención por parte del personal de salud, personal de admisión y áreas administrativas (36).

Aljaberi MA, et al., en el 2018, con el objetivo de investigar las relaciones entre la calidad de servicio percibida, la satisfacción y la intención conductual de los servicios de salud entre los estudiantes internacionales en Kuala Lumpur, Malasia, demostró que la calidad percibida de los servicios de salud por parte de los estudiantes internacionales explica casi el 78% de su satisfacción, y que la relación de efecto entre la satisfacción de los estudiantes internacionales y sus intenciones de comportamiento fue significativa (5).

Cruzado M, en 2018, divulga una tesis con el objetivo de determinar la satisfacción del usuario del Centro de Atención de Medicina Complementaria -

Hospital II de Huamanga, EsSalud - Red Ayacucho, 2018. Fue un estudio descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo, con 285 encuestas, a mayores de 18 años con consentimiento informado. El instrumento fue el cuestionario SERVQUAL. Encontró como resultado un nivel de satisfacción de los usuarios de 56%, que, las dimensiones fiabilidad, capacidad de respuesta, empatía y agentes tangibles se encontraban en un nivel de satisfacción regular o en proceso, y la dimensión seguridad, como buena. Concluye al señalar que, el nivel de satisfacción del usuario se encuentra en regular o en proceso, comprobando la hipótesis inicial donde se menciona que el nivel de la satisfacción del usuario se encontraba en satisfacción regular o en proceso (40 a 60%) (37).

Loayza J, en 2018, publica una tesis para optar el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud con el objetivo de establecer la relación entre calidad de atención y el nivel de satisfacción obstétrica, estudió 66 pacientes; usando las dimensiones del modelo de Donabedian: estructura, proceso y resultado, para determinar la calidad; y, usó el cuestionario SERVPERF para determinar la satisfacción del usuario, encontrando un Rho de Spearman de 0.768. Concluye señalando que existe una alta asociación entre ambas variables (38).

Zárate M, en 2018, presenta una tesis con el objetivo de medir el nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en cirugía general y medicina interna del Hospital Nacional P.N.P Luís N. Sáenz, entre agosto y setiembre de 2017. Para ello estudió a 363 usuarios externos Usó el cuestionario SERVQUAL, encontrando un nivel de satisfacción del usuario externo hospitalizado mayor al 70% en el servicio de cirugía general, y mayor al 90% en el servicio de medicina interna. Asimismo, que las dimensiones con mayor percepción y expectativa de satisfacción fueron la fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía. Concluye señalando que ambos servicios satisficieron las necesidades y demandas de los usuarios externos, superando sus expectativas (39).

Rocha G, et al. publican, en 2017, en estudio descriptivo, comparativo, transversal, usando el cuestionario SERVPERF para comparar el nivel de satisfacción entre pacientes de 3 hospitales diferentes en la ciudad de Chincha,

Perú. Con una muestra de 60 encontraron que, mientras que el 40% de los usuarios atendidos en clínicas evidenciaron un alto nivel de satisfacción, solo el 16.7% de usuarios del Minsa y 15.0% de EsSalud se situaron en este nivel de satisfacción global. La dimensión que alcanzó el mayor porcentaje de satisfacción fue la capacidad de respuesta: 80% en clínicas, 43% en Minsa y 33% en EsSalud. Por el contrario, la dimensión con menor porcentaje de satisfacción en las tres instituciones de salud investigadas fue la empatía. Concluyen señalando que los usuarios que se atienden en los hospitales de EsSalud y Minsa tuvieron menores niveles de satisfacción con la atención de salud (40).

Huanchaco M, en 2017, presenta una tesis con el objetivo de determinar el nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional. Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima, Perú, durante el 2016. Fue un estudio transversal, usando el cuestionario SERVQUAL, la cual aplicó a 152 usuarios de los servicios de medicina y 152 de los servicios de cirugía con indicación de alta. Encontró un alfa de Cronbach de 0.93, un nivel de insatisfacción de 95.4% en el servicio de medicina, y, 96.1% en el de cirugía. Concluye al señalar que, existe un alto porcentaje de insatisfacción por parte de los usuarios de los servicios de medicina y cirugía; y adjunta unas recomendaciones (41).

2.2 Bases teóricas

Debido a la profunda relación que existe entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, desarrollaremos ambos constructos, primero por separado y luego, la relación que existe entre ellas.

A) Calidad de servicio

Si bien hay muchos estudios en la literatura sobre la medición de calidad percibida de servicio, aún existe controversia sobre su verdadero significado, debido, principalmente, a su dimensionalidad y naturaleza subjetiva (42) El

concepto expresado por el Instituto de Medicina de EE. UU., en 2001, señala que, la calidad en los servicios de salud es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones acrecientan la posibilidad de los resultados de salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual (43)

Asimismo, luego de un análisis de la literatura en el que se incluyó artículos revisados por pares y publicaciones gubernamentales en inglés desde 2004 al 2016, Allen (2017), señala que la calidad asistencial es la evaluación y prestación de una atención eficaz y segura, reflejada en una cultura de excelencia, que resulte en el logro de la salud óptima o deseada (44)

Donabedian (45) definió la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de tal modo que maximiza su beneficio para la salud, sin el incremento de riesgos.

Parasuraman, et al., propuso que era el grado y la dirección de la discrepancia entre las percepciones y expectativas del consumidor (46)

Mosadeghrad (2012) define la calidad de atención sanitaria como facilitar los servicios de atención médica convenientes de la manera, el lugar y momento correcto, por el proveedor correcto para la persona adecuada, por el precio correcto para obtener los resultados correctos. Al realizar encuestas, obtuvo más de 100 atributos de un servicio de atención médica de calidad y se agruparon en cinco categorías. Las dimensiones fueron: eficacia, efectividad, eficiencia, empatía y medio ambiente. Por consiguiente, desarrolló un modelo integral para el contexto de la atención de salud (47)

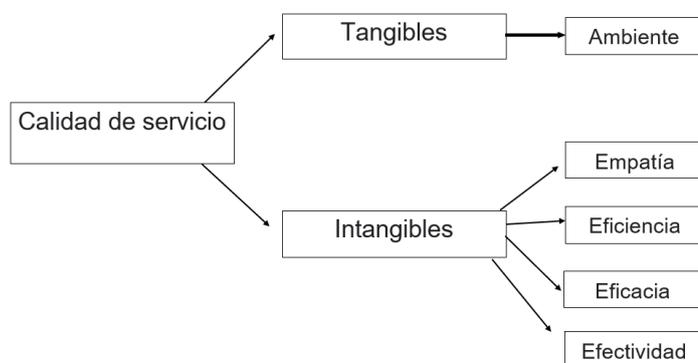


Figura 1. Dimensiones de la calidad de servicio según Mosadeghrad (2012)

Describe como ambiente a la disponibilidad y accesibilidad a las instalaciones y servicios, la seguridad, las habitaciones limpias y cómodas, privacidad, comidas sabrosas, ropa cómoda y un ambiente tranquilo y atractivo. La empatía depende de atributos como la escucha eficaz, la confianza, el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la simpatía, la comprensión, la capacidad de respuesta, la amabilidad, la compasión y la comunicación eficaz entre proveedores y clientes para evaluar la calidad de la atención médica porque carecen de conocimientos técnicos suficientes. La eficiencia como el mejor uso posible de los recursos disponibles para lograr los máximos resultados, la efectividad se refiere a los resultados clínicos y no clínicos a medio y corto plazo, y la eficacia se refiere a los resultados clínicos finales ya largo plazo, como el bienestar y la calidad de vida del paciente (47)

Sin embargo, la mayor parte de pacientes no cuenta con los conocimientos técnicos suficientes para determinar si la prestación de servicios fue de calidad, o si fue necesaria. Por tanto, la evaluación de la calidad de un servicio, depende de dimensiones que no son técnicas, como la relación con el médico o con su entorno (42) Es así como nacen los siguientes modelos:

Modelo de percepción de la calidad de atención de Donabedian

Donabedian, distinguió tres componentes para determinar la percepción de la calidad de atención por parte de los proveedores de salud: calidad técnica, interpersonal y comodidades. La primera se relaciona con la eficacia de la atención, es decir la aplicación de la ciencia y la tecnología para producir beneficios de salud alcanzables. La interpersonal se refiere a la relación médico-paciente. Las comodidades o entorno incluyen características físicas y los atributos de la organización de la prestación del servicio (48)

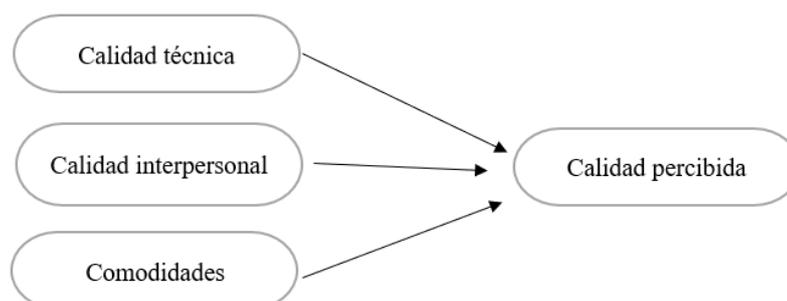


Figura 2. Componentes de la calidad de atención percibida, basada en Donabedian

Asimismo, Donabedian presenta un enfoque de tres componentes para determinar la percepción de la calidad del servicio, según el cual, esta, incluye tres elementos: estructura, proceso y resultado. La estructura significa no solo los recursos profesionales y organizacionales asociados con la provisión de atención médica, sino también el conocimiento y la experiencia del personal. La calidad del proceso expresa la interacción entre el proveedor y el receptor del servicio. Aquí juega un papel muy importante la disponibilidad del servicio, pero también la amabilidad y las competencias del personal. La del resultado significa la evaluación subjetiva de los clientes del servicio recibido (experiencia o satisfacción), la reducción de la mortalidad, la reducción de la duración de la estancia, la reducción de las infecciones, etc. (48)

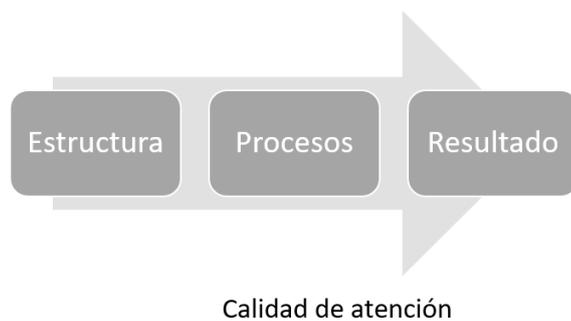


Figura 3. Componentes de la calidad de atención, basada en Donabedian

Este modelo ha sido la base para muchas investigaciones. Por ejemplo, una de las más actuales, confirma el modelo de Donabedian, encontrando, además, una relación significativa entre la estructura y los resultados (49).

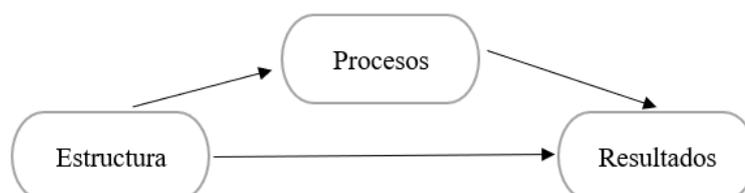


Figura 4. Vías para hacer operativa la teoría de Donabedian en el modelo de atención.

Modelo de la calidad técnica y funcional de Grönroos

Grönroos C. (1984) (50), diseñó un modelo de calidad de servicio, basado en la evaluación, por parte del cliente, de los servicios, compuestos por aspectos materiales o tangibles, es decir, qué se brinda al cliente (calidad técnica), y de servicios que implican interacción con los proveedores, es decir, cómo se brinda el servicio (calidad funcional). Él incorporaba también a la imagen, como una dimensión, siendo esta definida posteriormente, por Zeithaml como “las percepciones de una organización mencionadas en las asociaciones que se almacenan en la memoria del cliente” (51). Por tanto, el modelo correspondiente a la escuela nórdica define la calidad de servicio percibida como la relación entre el servicio esperado y percibido con la influencia de la imagen de la empresa.

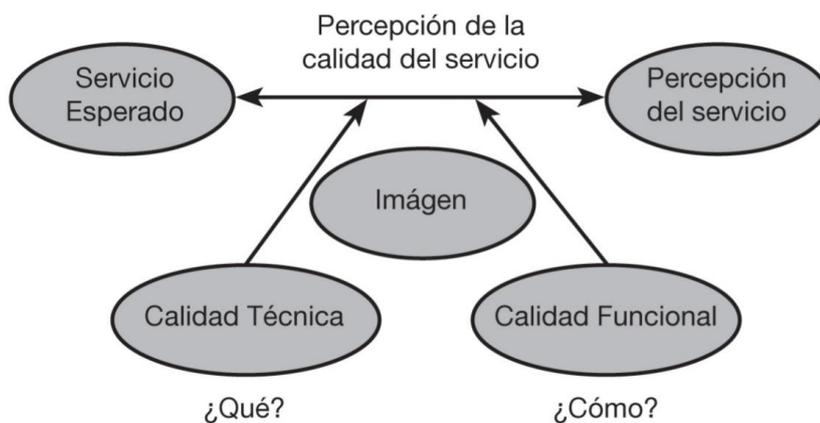


Figura 5. Modelo de la calidad técnica y funcional de Grönroos

Modelo de brecha en la calidad de servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)

Se basa en el paradigma de desconfirmación de expectativas, el cual señala que la satisfacción se logra cuando la realidad percibida por el individuo supera algún tipo de estándar de comparación (expectativas) (52,53). Este modelo plantea que si las empresas logran cerrar la brecha entre las expectativas y la percepción de los consumidores logran alcanzar la calidad del servicio (54)

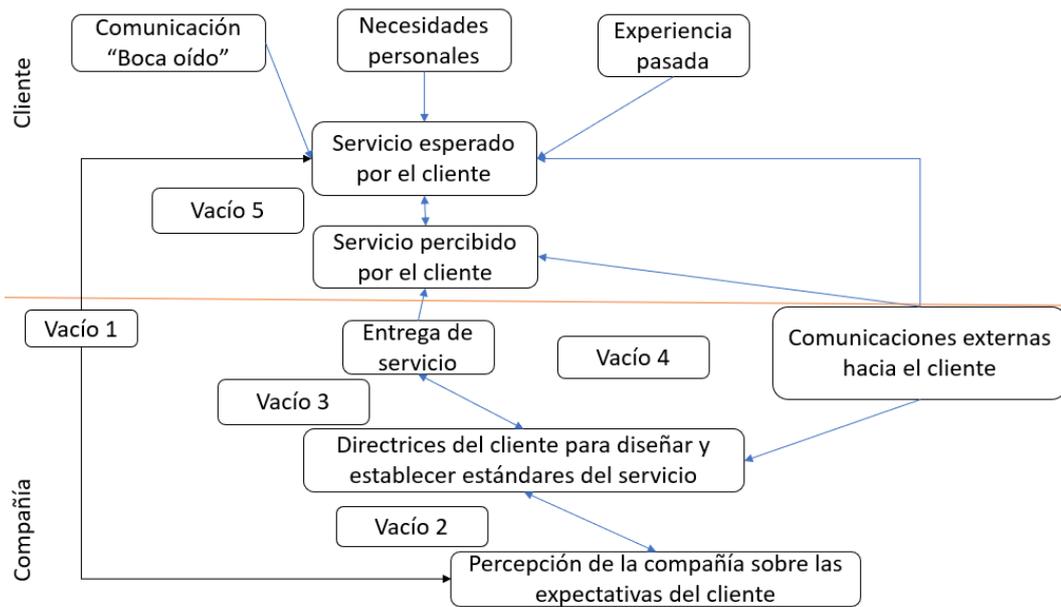


Figura 6. Modelo de brecha en la calidad de servicio de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985)

Modelo SERVQUAL (SERVice QUALity), de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988)

Es una escala multidimensional diseñada para medir la percepción del consumidor sobre la calidad de servicio. Usa las expectativas y percepciones de los clientes, incluidas en cinco dimensiones (confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y tangibles). Este modelo determina los atributos más importantes de los servicios de calidad desde la perspectiva tanto del cliente como de la dirección de la empresa y permite identificar las causas de la baja valoración (46). Esta organizada en cinco dimensiones:

Fiabilidad es la capacidad para llevar a cabo los servicios prometidos de manera fiable y precisa. Preguntas del 01 al 05.

Capacidad de respuesta disposición para ayudar y proporcionar, con apremio. el servicio prometido. Preguntas del 06 al 09.

Seguridad incluye el conocimiento, la buena educación de los profesionales y su capacidad para despertar confianza en los pacientes. Preguntas del 10 al 13.

Empatía hace referencia al cuidado científico y humanístico personalizado a cada paciente. Preguntas del 14 al 18.

Tangibilidad hace referencia a las instalaciones y el equipamiento del hospital y la apariencia de los profesionales. Preguntas del 19 al 22.

Contiene 22 pares de preguntas que deben ser valoradas por los clientes en 2 oportunidades: antes de la prestación del servicio y después de este.

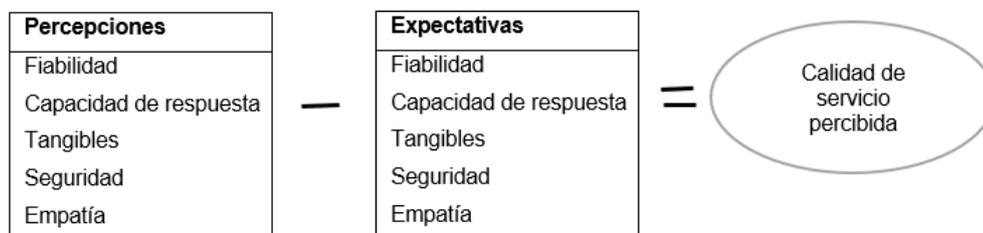


Figura 7. Calidad percibida, basada en el modelo SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml y Berry.

Hay que tener en cuenta que la escala SERVQUAL original no se diseñó para el sector salud, de allí la necesidad de que se tuvo que realizar modificaciones para adaptarla a este sector. Babakus y Mangold (1992), la validaron para ser usada en hospitales (55).

Por otro lado, cuando se trata de servicios de atención médica, este enfoque popular de "brecha" puede ser inapropiado debido a que muchos pacientes no tienen expectativas previas o no están seguros de qué esperar (56).

Asimismo, debido a varios cuestionamientos acerca de los problemas que plantean los puntajes de expectativa en términos de restricción de varianza (10), que los elementos de desempeño por sí mismos explican más la varianza en la calidad del servicio que las puntuaciones de diferencia (10,11). Es así cómo, en 1994, los mismos autores reevaluaron esta escala (13), opinaron que, si maximizar el poder predictivo es el objetivo principal (es decir, la habilidad para explicar la variación en las percepciones generales de la calidad del servicio), la escala de solo percepciones es la mejor, ya que supera a todas otras medidas sobre este criterio. Sin embargo, si se quiere identificar las deficiencias críticas del servicio, el cuestionario un formato de tres columnas parece más útil. Además, también propusieron una reducción en el número de ítems a 21, junto con el uso de escalas de nueve puntos en lugar de siete. También reconocieron la posibilidad de la existencia de tres dimensiones en lugar de cinco en las que

la capacidad de respuesta, la seguridad y la empatía se funden en un solo factor (13).

SERVQUAL fue validado por primera vez, en Latinoamérica, en 1992 por Michelsen Consulting y el Instituto Latinoamericano de Calidad en los servicios (25).

Modelo SERVPERF (SERVice PERFormance) de Cronin y Taylor

Cronin y Taylor (1992) (11), estudiaron los conceptos y métodos para medir la calidad de servicio, sus relaciones con la satisfacción del cliente y sus intenciones de compra. Ellos indicaron que los factores de percepción de los consumidores son los mejores predictores. Que, en la escala SERVQUAL de Parasuraman y col.(46) , existía una confusión entre la satisfacción del cliente y sus actitudes, lo que conduce a error. Señalaron que la calidad del servicio se puede definir como "una actitud de percepción" en lugar de "desempeño según lo esperado". De acuerdo con ello, la calidad se evalúa solo a través de la percepción de los clientes sin las expectativas, lo que significa que la calidad percibida es exactamente el nivel de percepciones. Investigaciones posteriores respaldaron estos hallazgos (12).

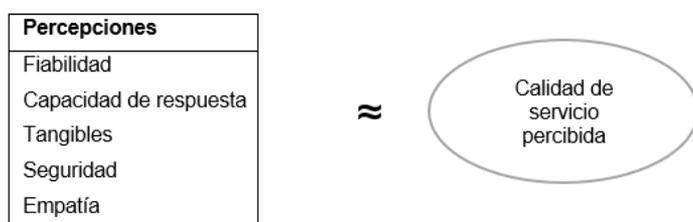


Figura 8. Modelo SERVPERF, basado en Cronin y Taylor

Boulding propone, además, dos tipos de expectativas: expectativas sobre lo que sucederá en su próximo servicio, y expectativas sobre lo que debería suceder en su próximo servicio (es decir, el servicio que los clientes sienten que merece apropiadamente). En su estudio demuestra que solo la percepción del servicio y no las expectativas son las que influyen en la percepción de la calidad (57).

Modelo SERVQHOS, para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria

La calidad percibida de la atención hospitalaria puede ser medida por esta escala. Con base en SERVQUAL, contiene dos dimensiones: una tangible y otra compuesta por factores intangibles. Está diseñada para ser aplicada luego del alta hospitalaria. Fue desarrollada por Mira et al. (14,15), y tiene la característica de que se entrega al paciente mediante el envío de un correo electrónico. Ellos responden la encuesta en casa, y reenvían sus respuestas. Consta de 19 ítems; y, de acuerdo con el autor, con esta encuesta se supera el inconveniente de averiguar sobre las expectativas, adoptando la teoría de desconfirmación al usar preguntas como: ¿la tecnología de los equipos médicos ha sido ...? Tiene 5 alternativas de respuesta que van desde mucho peor de lo que pensaba, hasta mejor de lo que pensaba. Este instrumento ha sido validado en España (14, 15), y su modificación para la evaluación de enfermería, en Colombia (26).

De acuerdo con Mira (15), el instrumento consta de 2 dimensiones: Calidad objetiva: 9 preguntas que evalúan aspectos tangibles (P1 a P9), y Calidad subjetiva: 10 preguntas que evalúan aspectos intangibles (P10 a P19).

Tabla 1. Ficha técnica de encuestas SERVQHOS

Características	Descripción
Dimensiones	Calidad objetiva Ítem P1 a P9 Calidad subjetiva Ítem P10 a P19
Administración	Diseñado para ser utilizada como encuesta posthospitalización en países de habla española.
Duración de respuestas	20 minutos aproximadamente
Áreas evaluadas	Calidad percibida por el usuario objetiva y subjetiva, según ítems
Momento de aplicación	A los 20 días posthospitalización, con 20 días de plazo para entregar sus respuestas.
Método de aplicación	Vía electrónica (correo electrónico)

Nota: elaboración propia en base a Mira (15).

Modelo Jerárquico multidimensional de la calidad de servicio.

Brady y Cronin (2001) definen la calidad de los servicios mediante tres dimensiones: la calidad de interacción, del entorno y de resultado. Donde la calidad de interacción consiste en las actitudes de comportamiento entre

empleado y cliente, y la formación de los profesionales que ofrecen el servicio. La de entorno se centra en el diseño de las instalaciones, las condiciones ambientales, y los factores sociales. Se refiere a los elementos tangibles de la organización y a si otros usuarios influyen en el buen desarrollo del servicio. La de resultado se desarrolla en los subdimensiones de tiempo de espera, elementos tangibles y utilidad. Esta dimensión también es entendida como el producto final del servicio. Por lo expuesto, los autores señalan que los clientes crean sus percepciones sobre la calidad del servicio a partir de la evaluación de múltiples niveles, y luego combinan esas evaluaciones y llegan a una percepción global de la calidad del servicio (modelo multidimensional y jerárquico) (58).

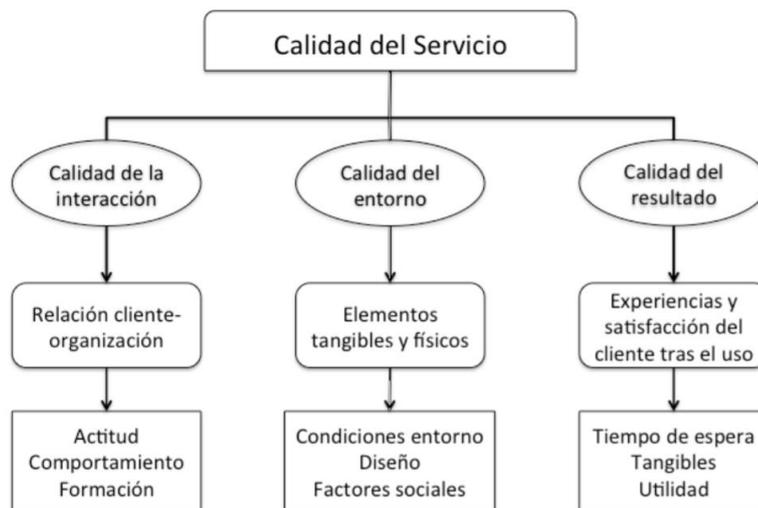


Figura 9. Modelo Jerárquico multidimensional de la calidad de servicio de Brady y Cronin

Los antecedentes y el modelo mediador de Dabholkar, Shepherd y Thorpe (2000)

Es un modelo más integral de percepción de la calidad de servicio, el cual incluye la consideración de los antecedentes, mediadores y resultado para proporcionar comprensión sobre sus conceptos. Ellos refieren que los factores que determinan la calidad deben ser vistos como antecedentes o componentes, los cuales son evaluados por el consumidor, pero que a su vez este realiza, por separado, una evaluación de la calidad (el cual no solo es la suma de dichos factores). Que la satisfacción del consumidor es la que mejor predice la conducta de los usuarios; y que, la medida de las percepciones es mejor que la

desconfirmación cuando se trata de predicción. La calidad del servicio considera 4 factores: confiabilidad, atención personalizada, confort y características (59).

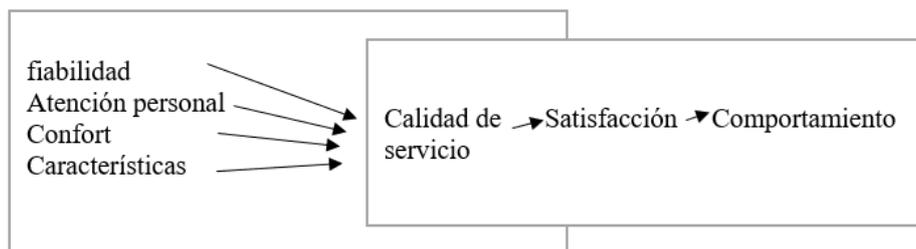


Figura 10. Los antecedentes y el modelo mediador de Dabholkar, Shepherd y Thorpe (2000)

B) Satisfacción del usuario externo.

Importancia

Se han identificado, al menos, tres razones por las cuales se debe poner atención en el estudio de la satisfacción. Primero, esta tiene un efecto positivo sobre la salud, debido a que los pacientes satisfechos cumplen sus prescripciones mejor que los no satisfechos (60,61). Segundo, una persona satisfecha representa una fuente de referencias de otros potenciales clientes, pues ellos recomiendan el centro en el que se atendieron, brindando, de esta manera, una mayor oportunidad de ingresos para los prestadores de dicha atención (62,63). En este punto es importante señalar que, por ejemplo, en los EE. UU., desde julio de 2007, Medicare, su sistema más grande de seguros en salud, exige que las instituciones incluidas en su sistema de pagos prospectivos (Inpatient Prospective Payment System – IPPS) encuesten a sus pacientes y que remitan estos resultados para ser publicados en una página web, en la cual se compara las encuestas de distintos centros. Los clientes pueden escogerlos de acuerdo con su evaluación personal. De esta manera se busca crear un incentivo para que los hospitales mejoren la experiencia de las personas hospitalizadas. Una ley del año 2010 (Patient Protection and Affordable Care Act), autorizó a Medicare incluir los resultados de las encuestas en sus programas de cálculo de pagos por valor. Es decir, los fondos son distribuidos a los hospitales de acuerdo con su desempeño, medido a través de las encuestas de satisfacción, y mediante la comprobación de 12 indicadores de calidad. Los hospitales con mejor puntaje

reciben más dinero de este fondo. Aquellos con puntajes bajos reciben menos y se arriesgan a no recibir nada (6,7).

Tercero, la insatisfacción de los pacientes se relaciona con las quejas por mala praxis. Rodríguez et al., encontró que el aumento de 1 punto de desviación estándar en la calidad de interacción se asociaba con 35% menos de chance de recibir una queja (en el caso de médicos de atención primaria), y de un 50% cuando se trataba de médicos de especialidades de alto riesgo (64).

Los pacientes satisfechos también tienen menos probabilidades de presentar reclamaciones por negligencia (65).

Otros estudios, también, señalan la importancia de la satisfacción, por su potencial para aumentar la tasa de utilización de los servicios de salud, el cumplimiento de la prescripción y la reducción de la incidencia de automedicación (66,67).

Concepto y teorías sobre satisfacción en la atención sanitaria

La satisfacción del paciente es un constructo complejo que involucra factores sociales, demográficos, culturales y cognitivos (68).

Su concepto es complicado, independientemente del área en la que se estudie. Es un concepto multidimensional que aún no está bien definido, y parte de un modelo complejo aparentemente aún por determinar (17).

Según Zineldin (2006), la satisfacción del paciente es una respuesta emocional, que incluye indicadores de satisfacción, con numerosos aspectos de la calidad de servicio, por ejemplo, técnica, práctica, infraestructura física, comunicación y medio ambiente (69).

También se sugiere que, es una evaluación cognitiva y una reacción emocional a la atención brindada (70); o una respuesta afectiva a la evaluación de un servicio (56).

Ya, desde la década de los 80, los investigadores del marketing han utilizado la teoría de la desconfirmación para definir la satisfacción del cliente. Por ejemplo,

Oliver (1981), la define como un resumen de un estado psicológico que se produce cuando una emoción que rodea la incomodidad o la expectativa se combina con el sentimiento previo de los clientes sobre la experiencia de consumo (71).

Las principales teorías sobre su aplicación en el medio sanitario se dieron en los años 80. El siguiente cuadro las resume.

Tabla 2. Principales teorías sobre la satisfacción del paciente en la asistencia sanitaria

Teoría	Discrepancia y transgresión de Fox y Storms (72)	Valor-expectativa de Linder-Pelz (73)	Determinantes y componentes de Ware et al. (74)	Modelos múltiples de Fitzpatrick y Hopkins (75)	La calidad asistencial de Donabedian (45)
Concepto	Si las orientaciones de atención de los pacientes y las condiciones de atención de los proveedores son congruentes ellos estarán satisfechos.	La satisfacción está mediada por creencias, valores y expectativas personales sobre el cuidado. Está representada por las evaluaciones positivas de distintas dimensiones de la atención médica.	La satisfacción es una función de las respuestas subjetivas de los pacientes a la atención experimentada, mediada por sus preferencias y expectativas personales.	Las expectativas están mediadas socialmente, reflejando los objetivos de salud del paciente y la medida en que la enfermedad y la atención médica transgreden el sentido personal de sí mismo.	Sostuvo que la expresión de satisfacción o insatisfacción es el juicio del paciente sobre la calidad de la atención en todos sus aspectos, pero particularmente en relación con el componente interpersonal de la atención.

La apreciación de Donabedian ha sido corroborada en estudios actuales (76), en los cuales se demuestra que las relaciones interpersonales médico- paciente influyen significativamente sobre la satisfacción.

Debido a que los consumidores no siempre están capacitados para evaluar la competencia técnica, tienden a confiar en elementos indirectos del encuentro, como la amabilidad y la calidad de las interacciones personales. En este sentido, la satisfacción del cliente y del paciente son similares porque ambos valoran el proceso mediante el cual se prestan los servicios. La satisfacción del paciente es importante porque significa que el médico ha brindado consuelo, apoyo

emocional, educación y ha considerado su perspectiva en el proceso de toma de decisiones clínicas (77).

Finalmente, estudios más actuales concuerdan con que la satisfacción es un constructo emocional, una sensación positiva que se aprecia después de recibir un servicio o un producto (78).

Existen predictores modificables de satisfacción como la comunicación médico-paciente, el cual tiene el mayor impacto en la satisfacción (76). Los aspectos críticos de la comunicación incluyen tener al médico sentado durante el encuentro, prestar atención completa, escuchar, invitar a preguntas y validar preocupaciones. El uso de técnicas de comunicación como emplear el reconocimiento, presentación, duración, explicación y gracias puede ser útil.

Los predictores de satisfacción no modificables son aquellos que están fuera del control del médico, al menos en la visita inicial. Pacientes con mejor salud subjetiva, mejor estado funcional, o un nivel de dolor más bajo tienden a estar más satisfechos. Por el contrario, se encuentra una menor satisfacción en aquellos con síndrome de fatiga crónica, enfermedades crónicas, y dependencia de opioides. Dentro de las características sociodemográficas la edad es una de las importantes, con calificaciones más altas recibidas de los ancianos. El nivel de educación también influye en la satisfacción, con mayores puntuaciones de satisfacción recibidas de aquellos con niveles de educación más bajos.

Existen otros determinantes de la satisfacción como el entorno físico, la capacidad de respuesta del personal, asistencia oportuna al paciente y atención interpersonal que hace que los pacientes sientan que están recibiendo atención individualizada (68).

Existen estudios que demuestran que ciertas variables no modificables tienen influencia en la calificación de satisfacción por parte de los pacientes. Por ejemplo, en el estudio de Chen et al., en el 2019, los más jóvenes, hombres, negros / afroamericanos, con seguro de Medicaid, así como de un nivel socioeconómico más bajo, tenían más probabilidades de informar de baja satisfacción (todos $P < .001$) (79). Asimismo, McGregor y Hughes encontraron que los pacientes, con frecuencia, tenían expectativas poco realistas de la cirugía de columna, lo cual conducía a niveles más bajos de satisfacción (80).

Además, varios estudios revelaron que el estado de salud puede afectar la satisfacción: los pacientes con mejor estado de salud tienen más probabilidades de estar satisfechos con la atención que recibieron. Sin embargo, la satisfacción del consumidor es un concepto multidimensional, y el impacto de cada factor para cada hospital es muy específico y depende de la cultura, la especialidad de los hospitales, las variables demográficas, la situación económica, etc. La siguiente figura resume los factores que podrían afectar la satisfacción (78).

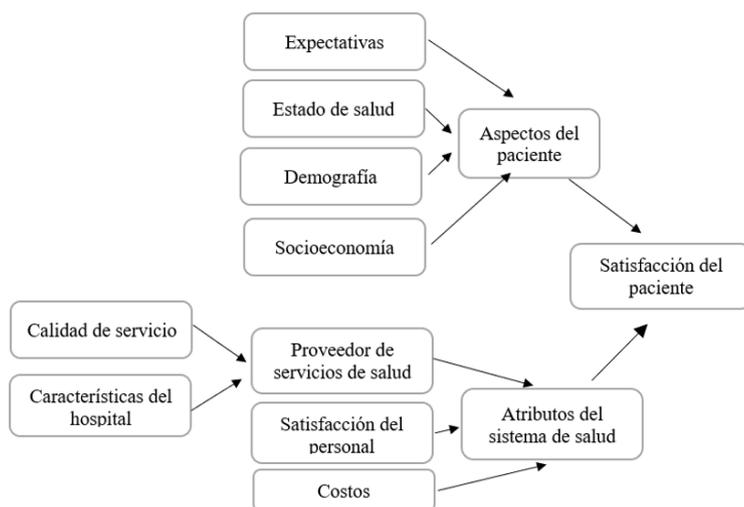


Figura 11. factores que pueden determinar la satisfacción de los pacientes. Basado en Salehi et al. (2018)

Dimensiones de la satisfacción del usuario externo

Algunos autores utilizan escalas multi-ítem para medir la satisfacción, argumentando la capacidad de retener mayor cantidad de información y aumentar la fiabilidad de la medida (5,81), Por tanto, se mide el rendimiento de los productos o servicios a partir de sus atributos. Pero, aunque la literatura existente autentica la multidimensionalidad del constructo de satisfacción, no existe un acuerdo general identificado acerca de la naturaleza o el contenido de las dimensiones de satisfacción del consumidor (78).

Sin embargo, algunos autores han decidido medir la satisfacción a partir de escalas de un único ítem, como medida del nivel de satisfacción global del cliente (por ejemplo: “mis sentimientos hacia los servicios brindados por.... pueden ser descritos como: 1. muy insatisfecho ... 7. muy satisfecho; de Cronin y Taylor, 1992) (11).

Chen, en el 2019, determina la satisfacción con el ítem: "calificación de la atención médica de todos los médicos y otros proveedores de salud" que va desde la peor atención médica posible =0 hasta la mejor atención médica posible =10 (79).

Caruana, en el 2000, usa 3 preguntas para evaluar la satisfacción: las preguntas 1 y 2 adaptadas de Oliver (52): 1) Si tuviera que elegir de nuevo, no me sentiría diferente al elegir...; 2) Creo que hicimos lo correcto cuando decidimos usar...; 3) creo que comprar servicios de ... suele ser una experiencia satisfactoria (82). En el presente trabajo se usó tres preguntas que fueron significativas en estudio de Aljaberi (5): SAT1: Mi decisión de visitar este hospital ha sido acertada, SAT2: estoy satisfecha con el servicio de salud que recibí en este hospital, y SAT3: El sentimiento general sobre el servicio de atención en este hospital es mejor de lo que esperaba. Todos medidos en una escala del 1 al 5.

¿Cómo se mide la satisfacción?

Larsen et al. desarrollaron el "Cuestionario de satisfacción del cliente", una escala de ocho ítems para evaluar la satisfacción general, y fue reemplazada por su "Escala de satisfacción del paciente" (83). Desde entonces, se han desarrollado numerosos instrumentos. Pero la pregunta sigue siendo cuán válidos y confiables son. Además, la medición de la satisfacción varía dependiendo de las suposiciones que se hagan sobre su significado; y, además, se pueden identificar varios enfoques de medición: expectativa-desconfirmación; rendimiento solamente; Split técnico-funcional; satisfacción versus calidad del servicio, etc.(84).

Kupfer y Bond, en el 2012, coincidieron en que la satisfacción de un servicio se correlaciona con la calidad; pero, enfatizaron que la satisfacción está en función de su relación con múltiples factores como el medio ambiente, las influencias culturales, la recuperación, el dolor, y muchos otros. Por tanto, puede estar relacionada o no con si recibieron atención de calidad o si tuvieron buenos resultados clínicos (85).

Satisfacción y calidad de servicio

La satisfacción del paciente es ahora parte de las evaluaciones de la calidad de la atención en los hospitales, y la popularidad de las encuestas de satisfacción han dado la percepción que son una medida de la calidad, so siendo siempre así. Sin embargo, se debe entender que esta es una de sus metas (85).

En 2001 el Instituto de Medicina de EE. UU. publicó un marco que incluía 6 metas u objetivos de calidad, que alentaban a los sistemas de salud a brindar una atención segura, eficaz, centrada en el paciente, oportuna, eficiente y equitativa (1) Según el informe, la meta "centrada en el paciente" se define como "brindar atención respetuosa y representativa de las preferencias, necesidades y valores individuales, y garantizar que sus valores guíen todas las decisiones clínicas" (43).

La relación entre calidad y satisfacción está, quizá, mejor representada en el marco integrador de Golder, Mitra y Moorman. Esta teoría postula que la calidad de las ofertas de servicios está determinada por tres estados distintos del proceso. El primer estado, denominado "proceso de producción de calidad" se centra en cómo el productor crea y entrega el servicio. En este estado, hablando en términos de salud, la entidad prestadora de salud diseña las atenciones específicas que pretende proporcionar al paciente. Luego, diseña un proceso para entregar estos atributos al cliente (figura 12) (86).

El segundo estado, denominado "proceso de experiencia de calidad" se centra en cómo el paciente experimenta la oferta de servicios prestados. En este estado, interactúan con el proceso del servicio y comienzan a percibir los atributos que brinda el servicio. Estas percepciones pueden verse afectadas por las emociones, la motivación y el conocimiento de los clientes (86).

El tercer estado, denominado "proceso de evaluación de la calidad", y es cuando los pacientes evalúan lo que experimentaron. Incluye las evaluaciones de los clientes de los atributos percibidos (en comparación con sus expectativas, según sus autores) lo que resulta en una calidad y satisfacción agregadas evaluadas. Las percepciones de los clientes se pueden utilizar como una entrada para el diseño de atributos, y el proceso comienza de nuevo (86).

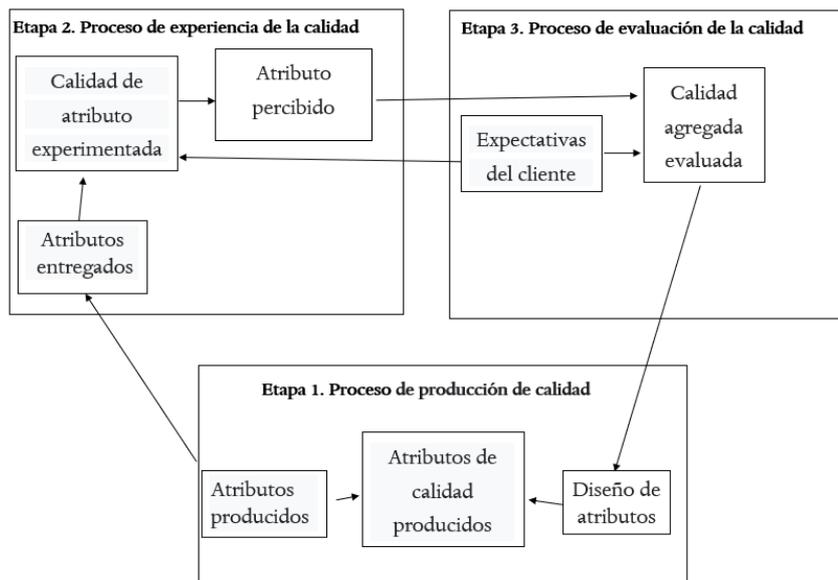


Figura 12. Esquema basado en el marco integrador de Golder, Mitra y Moorman

Sin embargo, en algunos estudios, la asociación entre la satisfacción y la seguridad son inconsistentes (87). Es decir, puede haber pacientes con complicaciones, pero están satisfechos con la atención. Algunos autores han encontrado que buscar los puntajes más altos de satisfacción puede resultar en costos elevados y una atención inadecuada (88).

Por tanto, el uso de medidas de satisfacción por sí solo no debe considerarse una métrica válida y confiable para la calidad general de la atención (68).

De la satisfacción a las medidas de experiencia

Existe dificultad en la medición de la satisfacción del usuario, debido a que se trata de un constructo subjetivo, que involucra principalmente emociones. Esto ha llevado a reclamar el uso de medidas objetivas del comportamiento del cliente (89), para ser más exhaustivos y concretos. Las medidas necesarias de la experiencia del paciente son importantes porque transmiten más matices respecto de la naturaleza precisa de dicha experiencia.

En los EE. UU. la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés), en asociación con los Centros de Medicare y Medicaid (CMS) y la colaboración de investigación CAHPS,

desarrolló una serie de instrumentos estandarizados que fueron desarrollados y probados extensamente. La intención de la Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) es proporcionar un instrumento de encuesta estandarizado y una metodología de recopilación de datos para medir las experiencias de los pacientes sobre la atención hospitalaria en los EE. UU. (6,7).

Estos instrumentos contienen un conjunto de preguntas centrales, y otras que difieren según la función de prestación de atención (CAHPS de hogares de ancianos, HCAHPS para hospitales, CG-CAHPS para entornos clínicos / ambulatorios). Los instrumentos CAHPS examinan los siguientes dominios básicos: atención - comunicación entre enfermeras y médicos (p. ej., con respecto a medicamentos) e interacciones (p. ej., respeto mostrado por el paciente), capacidad de respuesta del personal / puntualidad en la atención y calificaciones generales de calidad, incluidas las calificaciones del proveedor y la probabilidad de recomendar el centro. Los datos de estas encuestas se utilizan para determinar el reembolso por parte de las compañías de seguros, clasificar los sistemas de salud, y calcular bonificaciones para médicos en los Estados Unidos (90).

Satisfacción, experiencia, calidad percibida e intención de comportamiento

Por lo expuesto, se puede concluir que estos términos no son sinónimos. Numerosos estudios demuestran que la satisfacción del paciente refleja varias dimensiones de la calidad de servicio; por tanto, no es de extrañar que la medición de la satisfacción se utilice con frecuencia como herramienta para mejorar la calidad de la atención (91).

Lazarus (92) explica que la cognición es necesaria para las emociones. Que los consumidores son conscientes de su cognición antes que, de sus afectos, lo que resulta en intenciones conductuales o comportamiento real (conación y acciones). La calidad de servicio es representativa de un juicio cognitivo, mientras que la satisfacción se representa como un constructo afectivo (93,94), por lo que antepone la calidad de servicio a la satisfacción (94–96).

Existen estudios que demuestran la validez de estos modelos. Por ejemplo, Aljaberi MA. (5), con un modelo estructural, en el cual se determina la bondad general de ajuste para el modelo causal y estima la magnitud y la significancia estadística para cada coeficiente de trayectoria y la varianza explicada para cada constructo latente endógeno, indicó que, la calidad de la atención percibida es un factor importante para la satisfacción y su intención de comportamiento con los servicios de atención médica. Estas relaciones de efectos entre los tres factores investigados también fueron positivas y significativas.

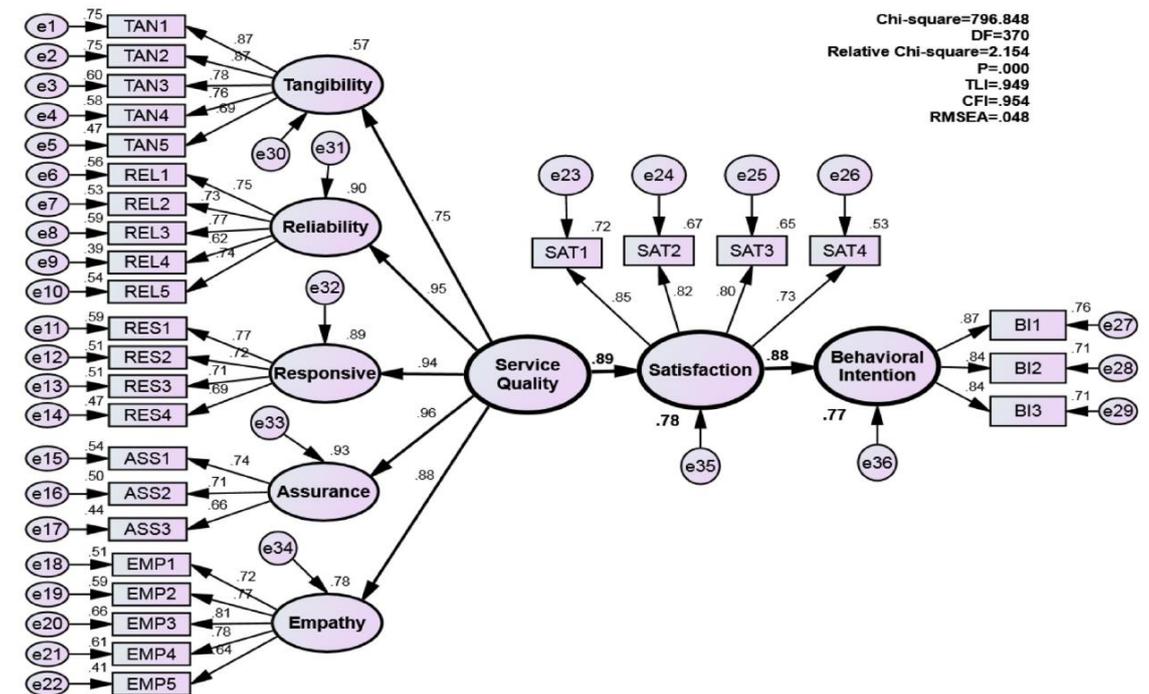


Figura 13. modelo estructural de Aljaberi MA, et al (2018)

Además, se ha demostrado que la satisfacción del paciente tiene un impacto positivo sobre la lealtad tanto al personal médico como a la institución de salud en su conjunto (97).

Índice americano de satisfacción del cliente (ACSI)

Es un instrumento usado por la Sociedad Americana de Calidad (ASQ, por sus siglas en inglés). El índice de satisfacción del cliente estadounidense (ACSI, por sus siglas en inglés) es la medida de cuán satisfechos están los clientes con los productos, servicios y capacidades de una empresa (102). Se calcula con una puntuación del 1 al 10, basado en 3 preguntas: 1) ¿Está Ud. satisfecho con los

productos/servicios?; 2) ¿Qué tan bien nuestros productos/servicios cumplieron sus expectativas?; 3) ¿Qué tan bien encontró nuestros productos/servicios comparados con otros? Dicho índice se calcula de la siguiente manera: $(\text{calidad percibida} + \text{Expectativa} + \text{Rendimiento} - 3) / 27$; todo multiplicado x 100. Usan el siguiente modelo:

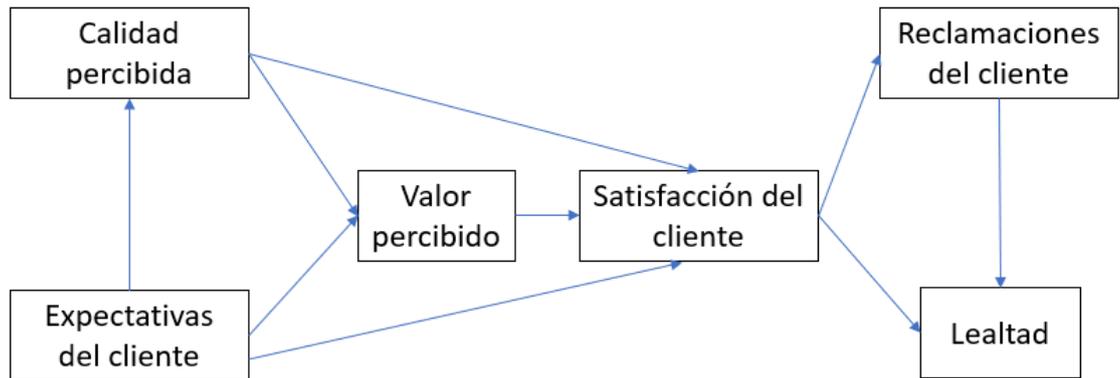


Figura 14. Modelo de satisfacción del cliente de la Sociedad Americana de Calidad

En suma, las expectativas de los clientes evalúan lo que el cliente considera que es el producto o servicio. La calidad percibida es un parámetro que evalúa la experiencia del cliente en el pasado reciente. El valor percibido es el estándar de producto o servicio en comparación con el costo pagado por los clientes. Las quejas, representadas por aquellos que sienten que hay una enorme brecha entre lo que se les prometió y lo que se entregaron, y la fidelidad del cliente se decide sobre la base de la certeza de la recompra de un cliente en la misma organización e independientemente del coste vinculado a diversos productos y servicios ofrecidos por esta organización (98).

Índice europeo de satisfacción del cliente (ECSI)

Fue desarrollado por Eklöf (99), en el 2000, en base al modelo americano. Es importante señalar que, en esta propuesta, sigue los planteamientos de la tradición europea de la calidad de servicio de Grönroos (50): la calidad es entendida como la combinación de las percepciones sobre el producto (técnica) y sobre el servicio recibido (funcional).

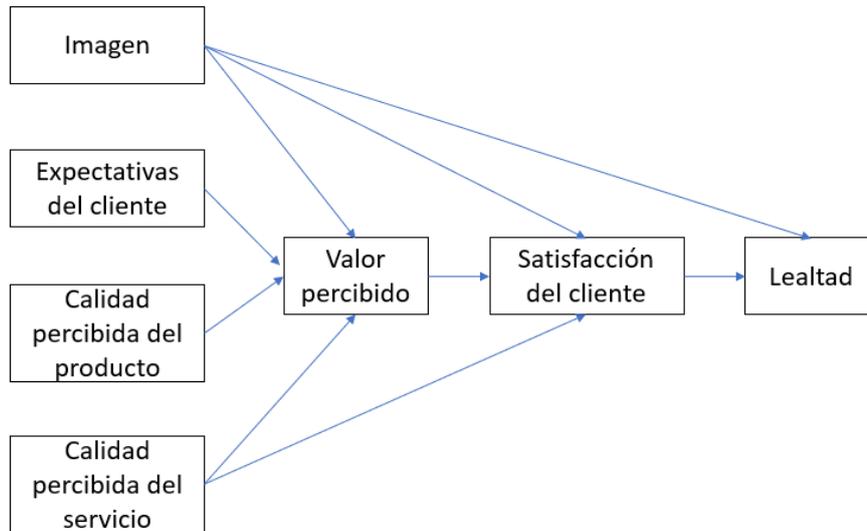


Figura 15. Modelo calidad de servicio y sus relaciones. Basado en Eklöf (2000)

En suma, diversos estudios recientes (Jameel et al., 2019), indican que los pacientes evalúan la calidad de la atención médica a nivel general, es decir, a nivel de cognición (calidad percibida), a nivel de efecto (satisfacción) y a nivel de conación (conducta) (100).

C) Intenciones de comportamiento

Los pacientes satisfechos y/o con buena percepción de la calidad de servicio tienen la intención de recomendar el hospital, además tienen la intención de usar nuevamente sus servicios (5). Los estudios operacionalizan las intenciones de comportamiento utilizando tres variables: intención de regresar, voluntad de recomendar y el comentar boca a boca sobre la calidad de servicio. Cuanto más positiva sea la experiencia del cliente, es más probable que esté dispuesto a reutilizar el servicio. Las intenciones favorables representan con frecuencia la lealtad conativa del paciente. Retener clientes existentes generalmente tiene un costo asociado mucho menor que ganar nuevos. Además, es más probable que los clientes leales recomienden a amigos, parientes u otros clientes potenciales a un producto / servicio actuando como agentes publicitarios gratuitos de boca en boca (5). Sin embargo, si existe insatisfacción pueden aparecer quejas (98).

D) Validación de un instrumento

Validar un instrumento consiste en evaluar su utilidad para medir lo que pretende medir (cuando los existentes han mostrado resultados poco satisfactorios; cuando se ha mostrado eficaz, pero en un medio distinto; o cuando no hay ninguno que sea adecuado para medir las variables de interés), a partir de dos criterios: su fiabilidad y su validez (101).

La validez y la fiabilidad aumentan la transparencia y disminuyen las oportunidades de insertar sesgos del investigador en la investigación cualitativa (102).

Debido a que, el presente estudio se basa en el uso de cuestionarios como instrumentos de medición, la discusión estará enfocada a la validación de encuestas de opinión.

Fiabilidad o confiabilidad de un instrumento

Un instrumento es fiable o confiable cuando expresa los mismos resultados en mediciones realizadas en diferentes ocasiones (103) (estabilidad); pero también cuando se obtiene respuestas homogéneas a diferentes preguntas sobre una misma dimensión o concepto (consistencia interna) (101) (ver figura 16). Los métodos más conocidos para determinar la confiabilidad son: *a*) medida de estabilidad, *b*) formas alternas, *c*) mitades partidas, *d*) consistencia interna. Se exponen aquellos que se usaron en la presente investigación.

Estabilidad o repetitividad o fiabilidad test-retest

Un instrumento es fiable si se obtienen los mismos resultados cuando se aplica el instrumento a las mismas personas o grupos de estudio, pero en dos tiempos diferentes (poca sensibilidad al cambio). Hay que prestar atención a los tiempos para repetir una encuesta con el objetivo de determinar su estabilidad: si el tiempo transcurrido entre ambas aplicaciones es muy largo, el fenómeno que se mide puede presentar variaciones, mientras que, si es demasiado corto, puede existir un recuerdo de las respuestas dadas en la primera ocasión (101). El coeficiente de correlación intraclass (CCI) se considera el parámetro de

estabilidad más adecuado (103). Debido a que las diferencias sistemáticas se consideran parte del error de medición, el modelo de efectos aleatorios bidireccional es el preferido. El coeficiente de correlación de Pearson es inadecuado, debido a que no se tiene en cuenta las diferencias sistemáticas. La r de Pearson es un índice de linealidad porque mide el grado en el que una variable "y" puede equipararse a otra variable "x" mediante una transformación lineal ($y = ax + b$); en cambio el CCI es un índice de aditividad porque mide el grado en que una variable "y" puede equipararse a otra variable "x" sumando una constante ($y = x + b$). Debido a esto, la r de Pearson juzga puntuaciones pareadas (0,4), (5,5) y (10,6) como en estar en perfecto acuerdo ($r = 1.00$). Sin embargo, el CCI los considera en desacuerdo (CCI = 0.38) (104,105).

Un valor de CCI mayor o igual de 0,7 es considerado bueno para determinar la fiabilidad (106), y los coeficientes por encima de 0.8, se consideran muy buenos (107).

Por otro lado, la consistencia interna de un instrumento expresa la homogeneidad de las respuestas cuando se evalúa una dimensión. Por ejemplo, en una encuesta diseñada para evaluar la calidad de atención de un hospital, ante la evaluación de una dimensión de elementos tangibles, si un paciente responde que está satisfecho con las habitaciones, se espera que en otra pregunta subsiguiente también responda que los baños y la cama se encuentran en adecuado estado. Si no lo hace se deduce que, las diferentes preguntas relacionadas a esta dimensión no son consistentes entre sí y nos dará la idea de un instrumento poco fiable (108).

Para determinar la consistencia interna de un instrumento se usa un coeficiente clásico llamado alfa de Cronbach. Fue nombrado alfa por primera vez por Lee Joseph Cronbach en 1951, ya que tenía la intención de continuar con coeficientes adicionales. Los valores alfa superiores a 0,7 se consideran generalmente aceptables y satisfactorios; por encima de 0,8 bastante bueno, y por encima de 0,9 se considera que refleja la consistencia interna del instrumento (108).

Sin embargo, valores mayores de 0,95 expresan correlaciones altas entre los ítems; es decir, redundancia de una o más preguntas. Por tanto, se ha propuesto

dar una calificación positiva de consistencia interna cuando el alfa de Cronbach está entre 0,70 y 0,95 (106).

Además, el alfa de Cronbach varía según el número de ítems: cuantos más ítems haya, mayor será este (103). Para mejorar el valor de este coeficiente se puede eliminar ciertas preguntas, siempre y cuando no se afecte la validez del instrumento (101).

Existe también otro método para determinar la fiabilidad de un instrumento: el de las mitades partidas (split-halves) en el cual se divide al total de ítems en dos partes iguales y se comparan las puntuaciones o los resultados de ambas. Mide el grado de consistencia interna al comparar la mitad de los resultados de un conjunto de elementos escalados con la otra mitad. Una prueba se puede dividir por la mitad de varias formas, por ejemplo, la primera mitad y la segunda mitad, o por elementos con números pares e impares (107). Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de las dos mitades deben estar muy correlacionadas entre sí.

Finalmente, la confiabilidad es requisito previo a la validez. Un instrumento debe alcanzar primero confiabilidad si quiere lograr validez (107).

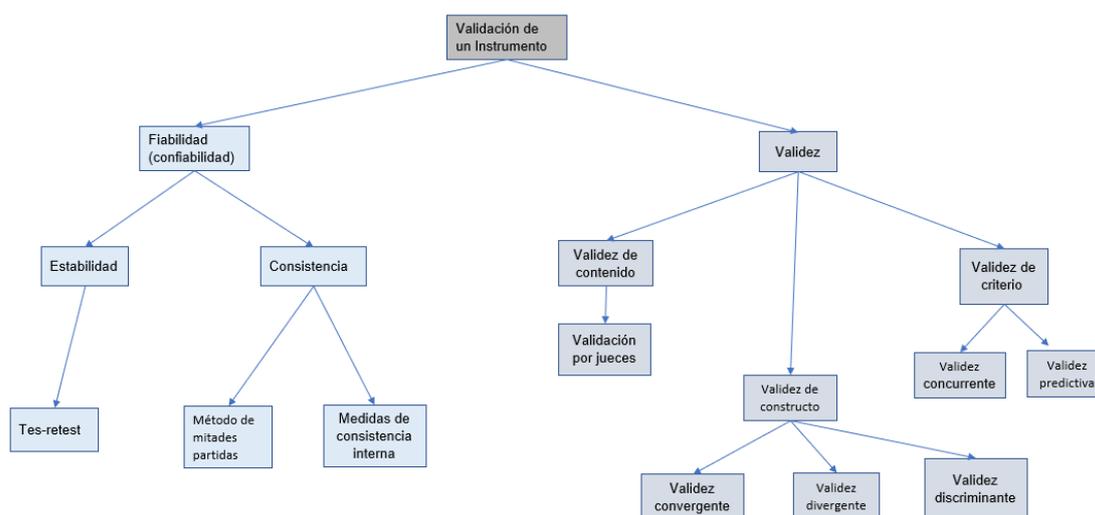


Figura 16. Etapas de la validación de un instrumento

Nota: Elaboración propia, basada en el marco teórico

Validez de un instrumento

La validez es el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Por ejemplo, un cuestionario de inteligencia será válido si mide la inteligencia, y no la memoria (103).

De acuerdo con los Estándares para Pruebas Educativas y Psicológicas publicados en 2014 por un comité conjunto de la Asociación Estadounidense de Investigación Educativa (AERA), la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) y la Asociación Nacional de Consejo de Medición en Educación (NCME), la validez se define como el grado en que “la evidencia y la teoría apoyan las interpretaciones de los puntajes de las pruebas para los usos propuestos de las pruebas”. Por tanto, estos autores afirman que, no se está evaluando la validez de la prueba en sí, sino la interpretación de los puntajes de la prueba (AERA, APA y NCME, 2014) (109).

La validez tiene componentes de deben ser evaluados:

A) Validez de contenido: Un instrumento es válido por su contenido cuando los ítems contemplan todos los aspectos del constructo o concepto que se está estudiando (101). La pregunta que se responde con la validez de contenido es: ¿el instrumento mide adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión? (103). No existe una prueba estadística para determinar si una medida cubre adecuadamente un área de contenido, la validez de contenido generalmente depende del juicio de los expertos en el campo. Las preguntas poco claras y oscuras pueden modificarse, y las preguntas ineficaces pueden descartarse con el asesoramiento de los revisores (107).

Para determinar la validez de contenido en forma práctica se calcula el coeficiente V de Aiken (110,111).

La ecuación abreviada para el cálculo de este coeficiente es:

$$V = \frac{S}{(n(c-1))}$$

Donde:

S = la suma de los puntajes de los jueces

n = número de jueces

c = número de valores de la escala de valoración (en el presente estudio es 2).

Este coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado el valor computado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido (112).

La validez de contenido se puede agrupar en dos tipos: validez aparente y validez lógica (113). La validez aparente (*face validity*) se refiere al grado en que una prueba parece medir lo que dice. Por lo general, se usa para describir la apariencia de validez sin pruebas empíricas. Por ejemplo, estimar la velocidad de un automóvil en función de su apariencia exterior (conjetura) es una validez aparente (107). En tanto que, la validez lógica se refiere a que las preguntas deben guardar una secuencia lógica para representar al constructo. Sin embargo, en alguna ocasión puede ser de interés formular preguntas que carezcan de validez lógica. Por ejemplo, cuando se trata de temas muy sensibles, o que no están bien vistos socialmente. Así, si se realizan preguntas directas (con mucha validez lógica), es muy probable que el encuestado no responda o falsee su respuesta, por lo que puede ser preferible realizar preguntas que aborden el tema de una forma más indirecta. La validez lógica y aparente se ha usado como sinónimos. En todo caso, la validez de contenido es un proceso más exhaustivo, y quizá más formal, que la aparente/lógica (101).

B) Validez de constructo o de concepto

Un constructo es una variable medida que forma parte de una hipótesis o de una teoría. Su característica más importante es que se relaciona con otras variables, y que no se puede percibir con los sentidos. Un instrumento tiene validez de constructo cuando, realmente, representa y mide al concepto en estudio. Para llegar a ello, se debe hacer una revisión exhaustiva de la literatura que dé soporte teórico al modelo empírico planteado (103).

El término “validez de constructo” fue formulado por primera vez por un subcomité (Meehl PE y Challman MC) del Comité sobre pruebas diagnósticas de la Asociación Estadounidense de Psicólogos (114).

Un constructo debe operacionalizarse y definirse sintácticamente para poder medirlo de manera efectiva (107).

La evidencia de validez de constructo puede derivarse de demostraciones empíricas de dimensionalidad. Se dispone de varias técnicas de modelado de variables latentes, como el análisis factorial, para proporcionar evidencia de dimensionalidad, y estos métodos deben usarse cuando se proponen o esperan subescalas o dominios. El análisis factorial (y los métodos de variables latentes relacionados) es, un método de reducción de datos destinado a representar matemáticamente una gran cantidad de preguntas relacionadas diferencialmente (es decir, ítems) por un número menor de dimensiones latentes o "factores", los cuales difieren conceptualmente de otros(115).

El análisis factorial muestra cuántas dimensiones integran una variable, y qué ítems conforman cada dimensión. Así, los reactivos que no contribuyan en una deben eliminarse (103).

De manera práctica, la validez de constructo se basa principalmente en comprobar: a) Dimensionalidad: ¿todos los ítems de una escala se relacionan con una sola variable latente, o existe evidencia de que se necesitan más variables latentes para explicar la variabilidad observada?, b) Homogeneidad: ¿todos los ítems de una subescala tienen el mismo peso sobre la variable latente?, c) Solapamiento entre variables latentes: ¿algunas preguntas de una subescala correlacionan con las de otras variables latentes? (116).

Para realizar estas determinaciones se usan dos técnicas de la psicometría clásica: el análisis factorial exploratorio, y el análisis factorial confirmatorio.

Análisis factorial exploratorio (AFE). Es una técnica estadística utilizada en las ciencias sociales para determinar las variables subyacentes latentes (también llamadas factores, dimensiones, variables sintéticas o atributos internos) que componen un constructo. Se utiliza cuando no hay conocimiento sobre qué ítems determinan un factor (116).

Fundada en principios filosóficos y estadísticos (117), el AFE fue aplicada por primera vez por Spearman (1904) y rápidamente se convirtió en una herramienta

fundamental en la evaluación de teorías y validación de instrumentos de medición (118).

En suma, se usa el AFE cuando el objetivo de la investigación es identificar factores para la construcción de teorías o crear instrumentos de medición en los que el investigador desea expresar que el instrumento de medición resultante refleja un constructo subyacente significativo (119).

Análisis factorial confirmatorio (AFC). A diferencia del exploratorio, el AFC se utiliza cuando existe un supuesto modelo sólido. Se investiga la existencia de una estructura previamente probada con un nuevo conjunto de datos. En estudios de desarrollo de cuestionarios, debe usarse para probar la validez de la estructura obtenida después de un análisis exploratorio (116).

Es un tipo de procedimiento de modelos de ecuaciones estructurales (SEM, por las siglas del inglés Structural equation modeling) diseñado para evaluar la validez de constructo, o para probar la viabilidad de modelos de medición antes de incorporarlos en un análisis SEM completo. En su premisa, el AFC se basa en investigaciones y teorías previas, el desarrollo de un modelo y luego la prueba de este modelo con datos del mundo real (120).

Asimismo, la validez de constructo se puede evaluar determinando la validez convergente, divergente, y la validez discriminante.

C) Validez convergente se establece cuando los puntajes obtenidos con dos instrumentos diferentes, que miden un mismo concepto, están altamente correlacionados (107).

Por ejemplo, para que tenga validez convergente, se esperaría encontrar una buena correlación entre los puntajes de un cuestionario nuevo, con otro que es oficialmente aceptado para medir, los dos, por ejemplo, el clima organizacional.

D) Validez divergente consiste en comprobar que el cuestionario no se correlaciona con otra variable con las que se sospecha que no tiene relación alguna. No existe acuerdo general entre las calificaciones, reunidas independientemente unas de otras, donde las medidas no deberían estar teóricamente relacionadas (101)

E) La validez discriminante Un cuestionario tiene validez discriminante cuando no encuentra relación entre medidas que teóricamente no deberían estar relacionadas. Las puntuaciones obtenidas sirven para diferenciar un grupo de otro. Por ejemplo, instrumentos que se utilizan para identificar posibles abandonos de un colegio tendrían validez discriminante si los estudiantes que se gradúan obtienen una puntuación más alta en la prueba que los que abandonan el colegio (107). Se refiere a la capacidad de un instrumento para distinguir entre subgrupos de pacientes o individuos con distintos niveles del atributo de interés. El método más sencillo para evaluar la validez discriminante es el de dividir la muestra en función de la puntuación obtenida con el propio instrumento, y seleccionar, por ejemplo, el 30% de los sujetos con mejores puntuaciones y el 30% de los que tienen las peores puntuaciones.

F) Validez de criterio establece la validez de un instrumento al comparar sus resultados con los de algún criterio externo, ya establecido como válido, que mide lo mismo (103). Este último es considerado el patrón de oro (*gold standard*). Si el criterio se aplica al mismo tiempo que el instrumento en prueba, en paralelo, se habla de validez concurrente; en cambio si el criterio se fija en el futuro se habla de validez predictiva. Cuanto mayor sea la correlación entre el criterio y el predictor indica mayor será la validez predictiva. Si la correlación es perfecta, es decir 1, la predicción también es perfecta. Una prueba tiene este tipo de validez si es útil para predecir el desempeño o el comportamiento de los sujetos en otra situación (103).

Relación entre validez y confiabilidad

Un instrumento de medición puede ser confiable, pero no necesariamente válido, como se explica en la figura 17, con tres tiradores diferentes. El tirador 2 tiene confiabilidad porque demuestra consistentemente los mismos resultados, pero no tiene validez porque no hace lo que se espera (103).



Figura 17. Esquema para diferenciar la validez de la confiabilidad

2.3 Definición de términos básicos

Validación: Validar un instrumento consiste en evaluar su utilidad para medir lo que pretende medir (101).

SERVQHOS: Es un instrumento, propuesto por Mira et al. (15), usado para medir la calidad percibida del usuario externo de servicios de salud después de su hospitalización.

Calidad percibida de la atención: Es un juicio cognitivo que evalúa la experiencia del cliente en el pasado reciente respecto de la calidad de servicio (93,94,98)

Satisfacción: Es una sensación afectiva positiva, que se siente después recibir un servicio o un producto (56,78,94)

Intención de comportamiento: Es la intención de recomendar el hospital, de usar nuevamente sus servicios, de lealtad, o por lo contrario de presentar quejas (5,98)

SERVQUAL: Instrumento diseñado para determinar la percepción de la calidad de servicio. Se usa la discrepancia entre las expectativas y las percepciones (46).

SERVPERF: Instrumento diseñado para medir la percepción del consumidor sobre la calidad de servicio. Se usa solamente las percepciones de los consumidores (11).

Modelo propuesto

Se propuso demostrar una correlación directa y significativa la calidad percibida sobre la satisfacción, y de esta sobre las intenciones de comportamiento.



Figura 18. Modelo propuesto para demostrar la relación entre las variables en estudio

2.4 Hipótesis de investigación

Los resultados de las propiedades métricas confirman la validez y confiabilidad de las encuestas SERVQHOS.

La calidad percibida tiene una correlación directa y significativa con la satisfacción, y esta, con las intenciones de comportamiento.

III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo, puesto que buscó demostrar una hipótesis usando análisis numéricos y estadísticos. Asimismo, con la validación de un instrumento se buscó predecir resultados y generalizarlos a una población similar a la del servicio de obstetricia médica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Lima, Perú (103).

Según la intervención del investigador

El presente estudio fue de tipo observacional, pues no se manipuló ninguna variable.

Según el alcance

Fue analítico, pues se estudió la correlación de puntuaciones entre distintas variables.

Según el número de mediciones

Se trató de un estudio longitudinal, pues se midió puntuaciones de las encuestas SERVQHOS en dos tiempos, con dos semanas de diferencia.

Según el momento de la recolección de datos

Fue de tipo prospectivo, debido a que se recolectaron los datos durante la ejecución del estudio (107).

Asimismo, se debe señalar que, la validación de un instrumento es considerada, en sí, un diseño de investigación. (103). Por tanto, el presente estudio fue, también, de diseño instrumental, en vista a que pretende revisar las propiedades psicométricas de un instrumento de medida (121).

3.2 Diseño muestral

Población universo

Estuvo representada por las usuarias externas del área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Lima, Perú.

Población de estudio

Representada por las usuarias externas del área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Lima, Perú, atendidas entre agosto y noviembre de 2021, que, a su vez, cumplan con los criterios de selección.

Criterios de elegibilidad

Son las características que debe cumplir la unidad de análisis para formar parte de la población de estudio.

De inclusión

Pacientes que fueron hospitalizadas al menos 2 días área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren de Lima, Perú.

Edad igual o mayor de 18 años.

Que aceptaron responder la encuesta.

Que la encuesta estuvo completamente llena.

Si hubo varios períodos de hospitalización, la encuesta se refirió a la última hospitalización.

De exclusión

Usuarias con alteración mental, de la conciencia u otro trastorno que les impedía expresar sus opiniones.

Usuarias que no eran capaces de comunicarse en español.

Unidad de análisis

Paciente que hace usó del servicio de Hospitalización del HNASS, por al menos 2 días, durante agosto y noviembre de 2021.

Muestra

Estuvo representada por el subgrupo de pacientes pertenecientes a la población de estudio, quienes, a su vez, se encontraron en la lista seleccionada por medio de la siguiente técnica:

Muestreo o selección de la muestra

Debido a que era de interés que los resultados obtenidos del análisis de datos sean generalizados a la población de estudio (validez externa), se obtuvo una muestra probabilística, la cual exige 2 condiciones: 1) calcular un tamaño muestral representativo de la población, 2) realizar un tipo de muestreo que determine que cada usuaria tenga la misma probabilidad de ser elegida como parte de la muestra (103).

Por tanto, se calculó el tamaño muestral tomando en cuenta el número necesario para estudios de satisfacción con población finita, basándonos en el estudio de satisfacción de Murillo JP, et al. (2019) (34), en el cual aproximadamente 70% de los encuestados señalan que se sentían satisfechos con la atención recibida en EsSalud.

$$n = \frac{k^2 \times p \times q \times N}{e^2 \times (N - 1) + k^2 \times p \times q}$$

Nivel de confianza: 95%

Margen de error: +/- 5%

n= Tamaño de muestra

N= Número total de usuarias del Servicio de Hospitalización del HNASS en un periodo de 2 meses = 406 (fuente: oficina de gestión de la información del HNASS).

p= Proporción de que espera que se encuentren insatisfechos = 0,3

q= Proporción de que espera que se encuentren satisfechos = 0,7

e= Error muestral = 0,05

k= Valor calculado mediante la curva normal al 95% de confianza = 1,96

Reemplazando los valores se obtuvo: 180 personas por encuestar. Se incrementó un 10% a este número ante la posibilidad de pérdidas o error en el registro, quedando un tamaño muestral de 198 personas.

Por otro lado, para lograr la segunda condición para obtener una muestra probabilística, se realizó una selección sistemática de elementos muestrales (103). Según este tipo de muestreo, se eligió, aleatoriamente, los elementos muestrales a razón de un intervalo $k=N/\text{tamaño muestral}$. En el presente caso, $k = 406/198 \rightarrow k= 2$. Es decir, se eligió, para la muestra, a las pacientes 2; 4; 6; 8... 198.

3.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La técnica que se usó para la recolección de datos fue la encuesta (101). Se utilizaron preguntas estructuradas (preguntas de opción múltiple y escala relativas a la importancia) y no estructuradas (para las características demográficas)

Las fuentes fueron primarias: las usuarias del área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del HNASS, pertenecientes a la muestra. Se les localizó en dicho servicio.

Instrumento de recolección

Se usó las encuestas SERVQHOS, instrumento propuesto por Mira (15) (el detalle de sus características se encuentra en las bases teóricas), a la cual se hizo las siguientes modificaciones:

En el Bloque I, correspondiente a las características sociodemográficas, se añadió el tiempo de embarazo, medido en semanas, durante el cual fueron hospitalizadas, así como la estancia hospitalaria.

En el bloque II, se hizo las modificaciones señaladas en la siguiente tabla, debido a que los 3 primeros ítems del instrumento original, no correspondían a la evaluación de un área de hospitalización. En cuanto a “interés del personal de enfermería” ya existía un ítem que evaluaba al personal de obstetricia, y el “Interés por solucionar problemas” ya se encontraba escrito en la pregunta 10 del instrumento.

Tabla 3. Modificaciones de ítems de SERVQHOS

Versión original	Versión modificada
Puntualidad de las consultas	La puntualidad para iniciar las visitas médicas ha sido ...
Señalización extrahospitalaria	La explicación de los médicos sobre su tratamiento (medicamentos, y otros) que recibió durante su hospitalización fue ...
Tiempo de espera	La explicación de los médicos sobre los resultados de sus exámenes de laboratorio ha sido ...
Interés del personal de enfermería	El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido ...
Interés por solucionar problemas	El respeto a su privacidad durante su hospitalización ha sido ...

Nota: Elaboración propia, a partir de la encuesta SERVQHOS.

En el Bloque III, en el cual se evalúa la satisfacción global, en la pregunta 21: ¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital? Se modificó las alternativas de respuestas “Nunca”, “tengo dudas” y “sin dudarlo” por “no”, “tengo dudas” y “sí” (por recomendación de jueces). La versión final del instrumento se muestra en el anexo 1. Por otro lado, para evaluar la satisfacción se usó tres ítems (5): SAT1: Mi decisión de visitar este hospital ha sido acertada, SAT2: estoy satisfecha con el servicio de salud que recibí en este hospital, y SAT3: El sentimiento general sobre el servicio de atención en este hospital es mejor de lo que esperaba. Todos medidos en una escala del 1 al 5. Para evaluar las intenciones de comportamiento se usó 2 ítems: IC1: “Recomendaré a otras personas que utilicen este hospital”; y IC2: “Consideraré este hospital como mi primera opción si necesito servicios médicos en el futuro”.

Se envió el instrumento no a los 20 días del alta, como el diseño original, sino a las 48 horas, dando un plazo de 1 semana para su respuesta, y, luego, se envió el mismo instrumento a las 2 semanas.

El procedimiento de recolección de datos fue el siguiente:

Dos instrumentos (SERVQUAL y la Escala Breve de Celos) (anexo 1), fueron administradas por 3 encuestadores (dos médicos, adecuadamente entrenados, y el investigador) de manera personal; en tanto que SERVQHOS y SERVPERF, fueron autoadministradas vía WhatsApp (auto cumplimentadas) después de 48 horas del alta, esperando sus respuestas por el lapso de 1 semana. Finalmente,

se reenvió la encuesta SERVQHOS luego de 2 semanas de haber recibido las respuestas auto cumplimentadas. Antes de todos los envíos se realizó una prueba con los teléfonos celulares para comprobar su buena funcionalidad. El periodo de recolección comprendió desde agosto hasta noviembre de 2021. La siguiente figura ilustra estas etapas.

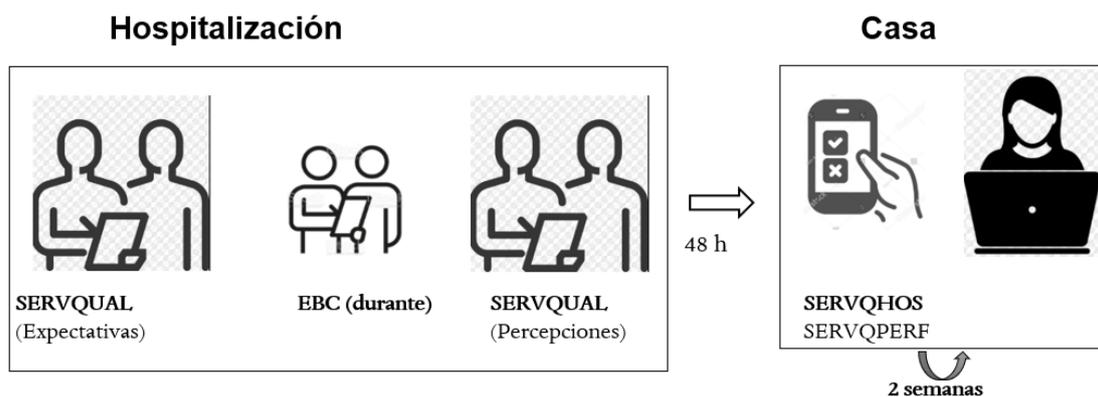


Figura 19. Procedimiento de recolección de datos por etapas. EBC: escala breve de celos

Los resultados de cada encuesta se ingresaron a una matriz de base de datos listos para su procesamiento y análisis.

3.4 Procesamiento y análisis de datos

Se dividió este acápite en tres fases:

Primera fase: para determinar la validez de contenido se envió, vía E-mail, la primera versión de la escala SERQVHOS, adjuntando los objetivos de la investigación, a 5 jueces con experiencia en investigación médica, quienes ostentan el grado de Maestro o Doctor, para la evaluación y calificación respecto de la pertinencia, claridad y coherencia de cada ítem que compone el instrumento (anexo 2). Ellos fueron: Cecilia Herbozo Nory (Doctor en Medicina), Esperanza Arce Fontela (Doctor en Medicina), Claudia Sofía Namizato Ikemiyashiro (Maestra en Gerencia de Servicios de Salud), Alberto Guerra García (Maestro en Ciencias de la Salud) y Hernán Arevalo Ruiz (Maestro en Administración de Servicios de Salud). Se usó el Método de Agregados Individuales, el cual implica la participación de jueces, sin tener comunicación

entre ellos. Las respuestas fueron dicotómicas (si/no). Dichas respuestas fueron procesadas para calcular el coeficiente V de Aiken (110,111).

Segunda fase: Para determinar la fiabilidad (confiabilidad) se realizó, primero, una prueba piloto con el 10% de la muestra de usuarias externas con las mismas características y del mismo lugar de estudio, para evaluar la comprensión del instrumento y calcular, entonces, el Alfa de Cronbach, como una medida de la consistencia interna del instrumento, con la técnica de extraer o suprimir un ítem. Luego se realizó el procedimiento con toda la muestra. Se realizó, además, el método de mitades partidas, para el mismo fin (103).

Cada unidad de análisis recibió:

A su ingreso, SERVQUAL de expectativas y, al alta, la de percepciones (esta última para determinar la validez convergente).

Durante su hospitalización, la Escala Breve de Celos (para determinar la validez divergente) (122) .

A las 48 horas del alta SERVQHOS y SERVPERF (vía WhatsApp) (para determinar la validez concurrente).

Finalmente, luego de dos semanas se envió, nuevamente, SERVQHOS, para determinar su estabilidad, como medida de confiabilidad y consistencia externa (test-retest). Se consideró que, este fue un período lo suficientemente largo para que no recuerden las respuestas dadas en la primera administración, y lo suficientemente corto como para reducir al mínimo la probabilidad de que se produzca algún cambio en cualquiera de las respuestas brindadas.

Para evaluar la concordancia entre las dos mediciones se usó el coeficiente de correlación intraclass (101). Este coeficiente puede oscilar entre 0 y 1, y un coeficiente > 0,7 indica una buena fiabilidad (106).

Tercera fase: Para determinar la validez de constructo se realizó un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio (123).

Para el análisis exploratorio se comprobó su aplicabilidad considerando los supuestos de normalidad, el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), para confirmar la adecuación del muestreo; y la prueba de esfericidad de Bartlett, la cual indica

una correlación suficiente entre los elementos de la matriz de datos. Se consideró apropiado un valor entre 0,5 a 1 para el índice KMO y significativo un $p < 0,05$ para la prueba de esfericidad de Bartlett (124).

Asimismo, se realizó una extracción y rotación de los factores con el método de Componentes Principales, la evaluación de comunalidades, de la varianza total explicada; y finalmente, rotación Varimax (para minimizar el problema de la carga cruzada). Todo ello para determinar las variables latentes que puedan formar parte del constructo.

Se usó el software SPSS (versión 25) y AMOS (*Analysis of Moment Structures*). Este último para analizar el modelo hipotetizado mediante un análisis factorial confirmatorio y comprobar la correspondencia de los factores a las dimensiones del constructo.

Para determinar la validez discriminante se evaluó la capacidad del instrumento para distinguir el grupo de satisfechas del resto de pacientes. Se evaluó la normalidad univariante con el test de Kolmogorov-Smirnoff, y la multivariante con el coeficiente de Mardia.

Se realizó las pruebas de hipótesis de acuerdo con el modelo de ecuaciones estructurales y, finalmente, una regresión logística multinomial para estudiar la asociación entre las variables sociodemográficas y la calidad percibida.

3.5 Aspectos éticos

Se explicó a cada posible participante las condiciones de anonimato, su participación voluntaria y el objetivo del estudio, así como el uso de los resultados. Se las identificó mediante el código aleatorio obtenido con computadora. Aquellas que aceptaron firmaron un consentimiento informado (anexo 3). Asimismo, se obtuvo las autorizaciones de la Jefatura de Departamento y del Comité de Ética del hospital. Para la protección y tratamiento de los datos personales se siguió, estrictamente, las pautas establecidas en la Ley n.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales, del Perú.

IV. RESULTADOS

Análisis descriptivo de características socio – demográficas y de la gestación.

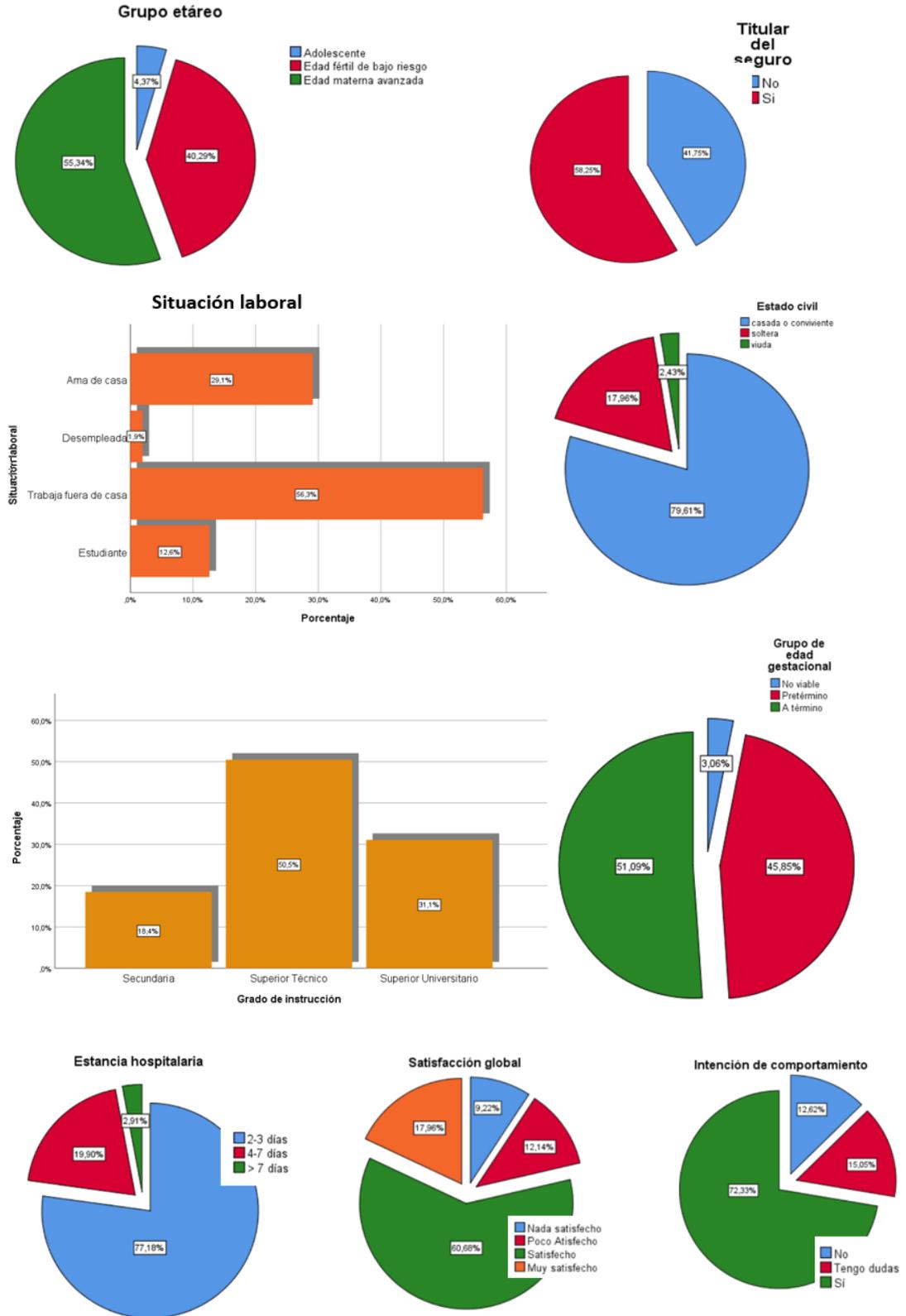


Figura 20. Características sociodemográficas y de la gestación

En el periodo de estudio hubo 678 pacientes en el área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del HNASS; de las cuales, 206 cumplieron con los criterios de selección. De ellas, 12 (5.8%) no respondieron la encuesta SERVQHOS enviada a las 2 semanas del alta. Por tanto, se obtuvo una tasa de respuesta del 93.2%. Se observó que esta falta de respuestas se produjo al inicio del estudio, y en aquellas mujeres que estaban insatisfechas con la atención; por lo cual se procedió a explicar a las nuevas encuestadas que, aún si se encontraran insatisfechas, era importante que expresen dicha insatisfacción en el instrumento.

Como se aprecia en la figura 20, se encontró que, la mayoría de pacientes encuestadas eran mayores de 35 años, con gestaciones mayores de 37 semanas; que eran titulares de su seguro, casadas o convivientes; que trabajaban fuera de casa; que tenían un grado de instrucción técnico superior, y con una estancia hospitalaria de 2-3 días. Asimismo, el 60.7% declaró encontrarse satisfecha con la atención recibida, y un 72% mencionó que recomendaría el hospital a otras personas. Además, el tiempo utilizado por las pacientes para responder el instrumento tuvo una mediana de 16 minutos; con un mínimo y máximo de 1 y 20 minutos, respectivamente.

Validación de las encuestas SERVQHOS.

Para validar las encuestas SERVQHOS seguimos las etapas descritas en la figura 16 de la parte teórica:

Primera Fase: Determinación de la validez de contenido

Se determinó la validez de contenido por juicio de expertos: se envió el instrumento a 5 jueces con grado de maestría o doctorado, para evaluar si los ítems contaban con claridad, pertinencia y coherencia. Ellos realizaron una puntuación dicotómica (si/no) (anexo 2). Se tomó en cuenta sus observaciones para lograr una última versión, con el acuerdo de todos. Con sus calificaciones se calculó la V de Aiken (anexo 4), logrando un buen puntaje (V de Aiken= 0.95). Por tanto, se puede afirmar que el instrumento en estudio tiene validez de contenido.

En la siguiente tabla se muestran los valores de resumen.

Tabla 4. Resumen de la determinación de la V de Aiken, según criterio de jueces

Ítem	Claridad (V de Aiken)	Pertinencia (V de Aiken)	Coherencia (V de Aiken)	Promedio de la V de Aiken)
P1	1	0.6	1	0.87
P2	1	0.8	1	0.93
P3	1	0.8	1	0.93
P4	1	1	1	1.00
P5	1	1	1	1.00
P6	1	0.8	1	0.93
P7	1	1	1	1.00
P8	1	1	1	1.00
P9	1	0.8	1	0.93
P10	1	0.8	1	0.93
P11	1	1	1	1.00
P12	1	0.8	1	0.93
P13	0.8	0.8	0.8	0.80
P14	1	1	1	1.00
P15	1	0.8	1	0.93
P16	1	1	1	1.00
P17	1	0.8	1	0.93
P18	1	0.6	1	0.87
P19	1	1	1	1.00
P20	1	1	1	1.00
P21	1	1	1	1.00
P22	0.8	0.8	0.8	0.80
Total	0.98	0.87	0.98	0.95

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS

Segunda fase: Determinación de la confiabilidad o fiabilidad

Para determinar la confiabilidad o fiabilidad de este instrumento se estudió su consistencia con el método de mitades partidas y el Alfa de Cronbach. Para evaluar su estabilidad, se usó la técnica test-retest.

Tabla 5. Fiabilidad de SERVQHOS según el método de mitades partidas

<i>Estadísticas de fiabilidad</i>			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,868
		N de elementos	10 ^a
	Parte 2	Valor	,878
		N de elementos	9 ^b
N total de elementos			19
Correlación entre formularios			,638
Coefficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,779
	Longitud desigual		,779
	Coeficiente de dos mitades de Guttman		,777
a. Los elementos son: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10.			
b. Los elementos son: P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19.			

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

Se observa en esta técnica que, los ítems del instrumento son divididos en 2 grupos: “a” y “b” (tabla 5), el primero con las 10 primeras preguntas, y el segundo con los 9 restantes. El valor del Coeficiente de Spearman-Brown de 0.779 indica una buena consistencia del instrumento (> 0.7 indica buena consistencia).

Asimismo, se estudió la consistencia interna al calcular el Alfa de Cronbach, primero con 20 pacientes (10% del tamaño muestral), en una prueba piloto, al inicio del estudio, con pacientes del mismo servicio, pero que no formaban parte de la muestra. Se obtuvo un valor de 0.91. Luego se calculó este coeficiente con toda la muestra (206; α de Cronbach = 0.96); y para cada ítem (tabla 6), observando valores muy aceptables (>0.7). Además, se determinó que no había ningún ítem cuya extracción mejorara este valor

Tabla 6. Medidas de consistencia interna y características de los ítems

Ítem	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido	Media	Desviación estándar	Asimetría	Error estándar de asimetría	Curtosis	Error estándar de curtosis
P1	0.87	,908	2.98	1.253	0.142	0.169	-1.037	0.337
P2	0.87	,910	2.79	1.258	0.292	0.169	-1.102	0.337
P3	0.87	,916	2.26	1.358	0.589	0.169	-1.155	0.337
P4	0.87	,911	2.59	1.185	0.349	0.169	-1.146	0.337
P5	0.87	,921	3.08	1.205	0.212	0.169	-1.333	0.337
P6	0.87	,906	3.70	1.133	-0.699	0.169	-0.648	0.337
P7	0.87	,904	3.56	1.074	-0.797	0.169	-0.441	0.337
P8	0.87	,909	2.69	1.333	0.061	0.169	-1.452	0.337
P9	0.87	,903	3.40	1.164	-0.850	0.169	-0.399	0.337
P10	0.89	,909	3.99	1.177	-1.051	0.169	-0.044	0.337
P11	0.89	,909	3.94	1.142	-0.957	0.169	-0.199	0.337
P12	0.89	,911	4.06	1.390	-1.137	0.169	-0.295	0.337
P13	0.89	,909	3.39	1.120	-0.066	0.169	-1.349	0.337
P14	0.89	,908	3.76	1.390	-0.758	0.169	-0.816	0.337
P15	0.89	,908	3.85	1.346	-0.918	0.169	-0.563	0.337
P16	0.89	,906	2.88	1.286	-0.183	0.169	-1.280	0.337
P17	0.89	,908	3.76	1.428	-0.875	0.169	-0.685	0.337
P18	0.89	,908	3.71	1.032	-0.868	0.169	-0.050	0.337
P19	0.89	,917	3.50	1.103	-0.693	0.169	-0.671	0.337
Multivariante							33.9	

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS

Por otro lado, para determinar la estabilidad del instrumento, como una medida de consistencia externa, se usó la técnica test-retest, verificando previamente la normalidad de los instrumentos en estudio (tabla 7).

Tabla 7. Pruebas de normalidad de las escalas en estudio

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
SERVQHOS	,092	194	,000	,973	194	,001
SERVQHOS (2 semanas)	,104	194	,000	,961	194	,000
SERVQUAL expectativas	,101	194	,000	,946	194	,000
SERVQUAL percepciones	,076	194	,009	,960	194	,000
SERVPERF	,080	194	,004	,967	194	,000
EBC	,114	194	,000	,922	194	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.
Considerando las siguientes hipótesis:

Ho: Las calificaciones tienen una distribución normal

Ha: no tienen distribución normal

En vista que $p < 0.05$ se rechaza la hipótesis nula: por ende, las distribuciones no tienen distribución normal, por lo que se usó estadística no paramétrica.

Entonces, para realizar la técnica test-retest, se aplicó el mismo instrumento (SERVQHOS) a las mismas pacientes, 2 semanas después de la primera, con el objetivo de evaluar si sus respuestas eran consistentes en el tiempo (tabla 8). Usando la dispersión de puntos se observó que había una buena correlación ($R^2 = 0.92$) en las puntuaciones tomadas en los dos momentos (figura 21).

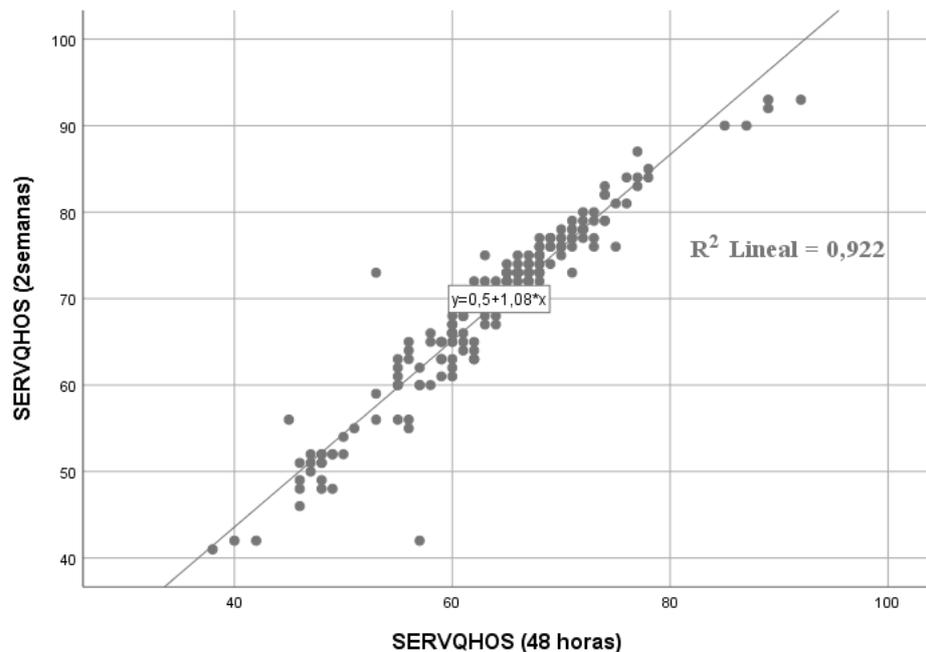


Figura 21. Correlación de puntuaciones de SERVQHOS tomados con dos semanas de diferencia

En la siguiente tabla se muestran, los coeficientes de correlación intraclase, cuya significancia expresa una buena correlación en las respuestas emitidas con dos semanas de diferencia; y, por ende, una buena estabilidad del instrumento.

Tabla 8. Test-retest de encuestas SERVQHOS

Ítem	Coefficiente de correlación intraclase	p
P1	0.95	0.00
P2	0.95	0.00
P3	0.95	0.00
P4	0.94	0.00
P5	0.98	0.00
P6	0.97	0.00
P7	0.96	0.00
P8	0.97	0.00
P9	0.98	0.00
P10	0.97	0.00
P11	0.97	0.00
P12	0.97	0.00
P13	0.95	0.00
P14	0.97	0.00
P15	0.97	0.00
P16	0.95	0.00
P17	0.99	0.00
P18	0.94	0.00
P19	0.98	0.00

Nota: Las encuestas fueron tomadas con 2 semanas de diferencia.

Por consiguiente, con los buenos resultados en la prueba de mitades partidas, Alfa de Cronbach y estabilidad, se concluye que, el instrumento es fiable o confiable.

Tercera Fase: Determinación de la validez de constructo y de criterio

Determinación de la validez de constructo

Debido a que el objetivo principal de la determinación de la validez de constructo consiste en hallar los factores o dimensiones que lo componen, se determinó este tipo de validez con el uso de dos métodos: el Análisis Factorial Exploratorio y el Confirmatorio:

A. Análisis factorial exploratorio (AFE)

En primer lugar, se determinó la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), cuyo valor debe ser cercano a 1. Además, la prueba de esfericidad

de Bartlett debe ser significativa, e indica que las correlaciones entre las variables son diferentes de cero. Se obtuvo buenos puntajes en ambos valores (tabla 9), lo cual indica que la aplicación del análisis factorial era pertinente

Tabla 9. Prueba de KMO y Bartlett

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,790
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	5030,336
	gl	171
	Sig.	,000

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

Al avanzar con el análisis, se usó el análisis de componentes principales como método de extracción, encontrando buenos puntajes (> 0.7) para cada ítem (tabla 10).

Tabla 10. Comunalidades según análisis de componentes principales

	Comunalidades	
	Inicial	Extracción
P1	1,000	,832
P2	1,000	,901
P3	1,000	,836
P4	1,000	,909
P5	1,000	,917
P6	1,000	,893
P7	1,000	,937
P8	1,000	,945
P9	1,000	,895
P10	1,000	,826
P11	1,000	,792
P12	1,000	,890
P13	1,000	,870
P14	1,000	,878
P15	1,000	,933
P16	1,000	,879
P17	1,000	,875
P18	1,000	,845
P19	1,000	,851

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

Por otro lado, en la siguiente tabla se observa que, el 87.9 % de la varianza es explicada por 5 componentes o dimensiones.

Tabla 11. Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de	%	Total	% de	%	Total	% de	%
	varianza	varianza	acumulado	varianza	varianza	acumulado	varianza	varianza	acumulado
1,00	6,40	33,66	33,66	6,40	33,66	33,66	4,87	25,63	25,63
2,00	4,23	22,24	55,90	4,23	22,24	55,90	4,45	23,45	49,08
3,00	2,84	14,96	70,86	2,84	14,96	70,86	3,56	18,75	67,83
4,00	2,05	10,81	81,68	2,05	10,81	81,68	2,00	10,54	78,36
5,00	1,19	6,26	87,93	1,19	6,26	87,93	1,82	9,57	87,93
6,00	,55	2,90	90,83						
7,00	,47	2,48	93,31						
8,00	,23	1,21	94,52						
9,00	,20	1,07	95,59						
10,00	,17	,88	96,46						
11,00	,14	,72	97,18						
12,00	,12	,63	97,81						
13,00	,11	,56	98,37						
14,00	,08	,40	98,77						
15,00	,06	,33	99,10						
16,00	,06	,30	99,41						
17,00	,05	,24	99,65						
18,00	,04	,20	99,85						
19,00	,03	,15	100,00						

Nota: elaboración propia, a partir de las ecnuestas SERVQHOS.

El gráfico de sedimentación ofrece una explicación visual sobre la cantidad de factores o dimensiones que explican la varianza total. Estos deben estar sobre 1. Se encontró 5 dimensiones.

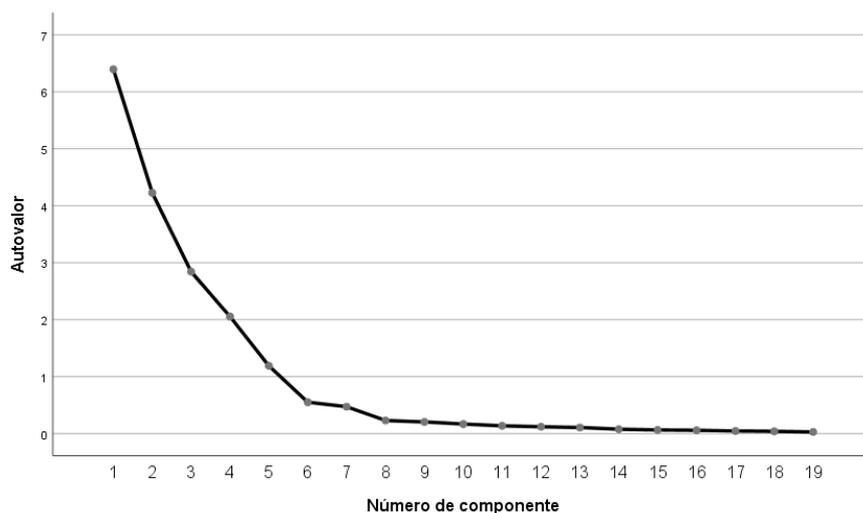


Figura 22. Gráfico de sedimentación

Asimismo, para determinar la pertenencia de cada grupo de preguntas a un determinado factor o dimensión, se usó la matriz de componente rotado, y se señaló, en colores, las dimensiones halladas.

Tabla 12. Matriz de componente rotado

	Componente				
	1	2	3	4	5
P1	-,147	-,066	,898	,014	,013
P2	-,117	-,068	,936	,025	,077
P3	-,164	-,095	,889	,084	,048
P4	-,141	-,065	,934	,058	,091
P5	-,017	-,238	,094	-,226	,894
P6	,045	,935	-,049	-,024	-,115
P7	,075	,951	-,070	,049	-,140
P8	,079	-,190	,106	-,095	,939
P9	,064	,936	-,070	,089	-,044
P10	,879	,056	,031	,214	,062
P11	,857	,016	-,021	,223	,080
P12	,888	,096	-,180	-,238	-,062
P13	-,083	,067	,097	,907	-,166
P14	,894	,116	-,218	-,131	,036
P15	,916	,113	-,208	-,192	-,023
P16	-,068	,034	,043	,926	-,122
P17	,890	,099	-,192	-,185	-,028
P18	,157	,896	-,059	,017	-,116
P19	,079	,909	-,084	,001	-,108

Nota: Método de extracción: análisis de componentes principales.
Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.

El gráfico de componentes en espacio rotado brinda una visión espacial de las dimensiones que conforman el constructo calidad de atención percibida, y los ítems que los componen (figura 23).

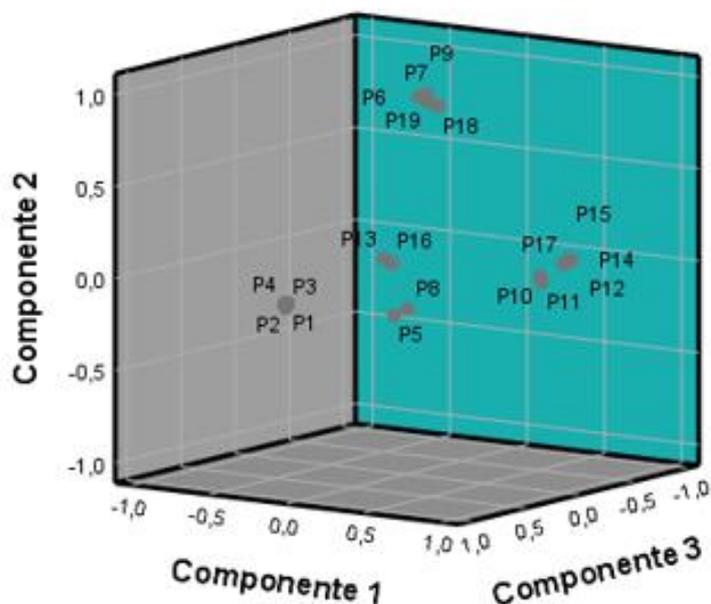


Figura 23. Gráfico de componentes en espacio rotado

Por tanto, el Análisis factorial Exploratorio señala que la calidad de atención percibida, evaluada con SERVQHOS, se compone de 5 dimensiones o factores, a los cuales se nombran según su alcance conceptual haciendo un paralelo con SERVQUAL (también se expone el Alfa de Cronbach, para cada dimensión):

Tabla 13. Dimensiones de la calidad percibida y coeficientes Alfa de Cronbach según factores identificados

Factores identificados	Nombre de dimensión	Alfa de Cronbach según factor
P1; P2; P3; P4	Tangibilidad	0.95
P5; P8	Capacidad de respuesta	0.92
P6; P7; P9; P18; P19	Fiabilidad	0.96
P10; P11; P12; P14; P15; P17	Empatía	0.95
P13; p16	Seguridad	0.89

Nota: Elaboración propia, a partir del las encuestas SERVQHOS.

B) Análisis factorial confirmatorio (AFC)

SERVQHOS es relativamente nueva, por lo que se contaba solo con la información de estar compuesta por dos dimensiones (aspectos tangibles del P1-P9; e intangibles del p10 – p19) (tabla 1). Sin embargo, como se observa, en el análisis exploratorio, se pueden identificar más dimensiones. Por tanto, se decidió usar estas últimas, como modelo, para el análisis confirmatorio. Por otro lado, debido a que el Software AMOS solo acepta bases con absolutamente todos los datos completos, se realizó el análisis confirmatorio y modelaje estructural con 181 datos, al eliminar también valores atípicos.

En primer lugar, se realizó una prueba de normalidad multivariada para los 19 ítems de SERVQHOS. El coeficiente de Mardia fue de 36.2, por lo cual se usó el estimador de máxima verosimilitud, el cual mantiene su rendimiento libre de sesgos para un coeficiente de Mardia de hasta 70 (125,126)

Analizando el modelo de medida (figura 24), se observa que los coeficientes estandarizados o “cargas factoriales” (números que aparecen al lado de las flechas, desde las variables latentes o dimensiones, hasta las variables observables o ítems) fueron adecuados (todos > 0.6), y significativos ($p < 0.001$), indicando que cada ítem es un buen indicador del constructo. Por ejemplo, en fiabilidad, el ítem que aporta la menor carga factorial es P18 (0.75), en tanto que el ítem P6 tiene la mayor de esta (0,97).

Asimismo, el número que aparece a la derecha de los rectángulos representa a la R^2 , es decir, por ejemplo, en P6 se observa que, el 93% de la varianza es explicada por la dimensión fiabilidad.

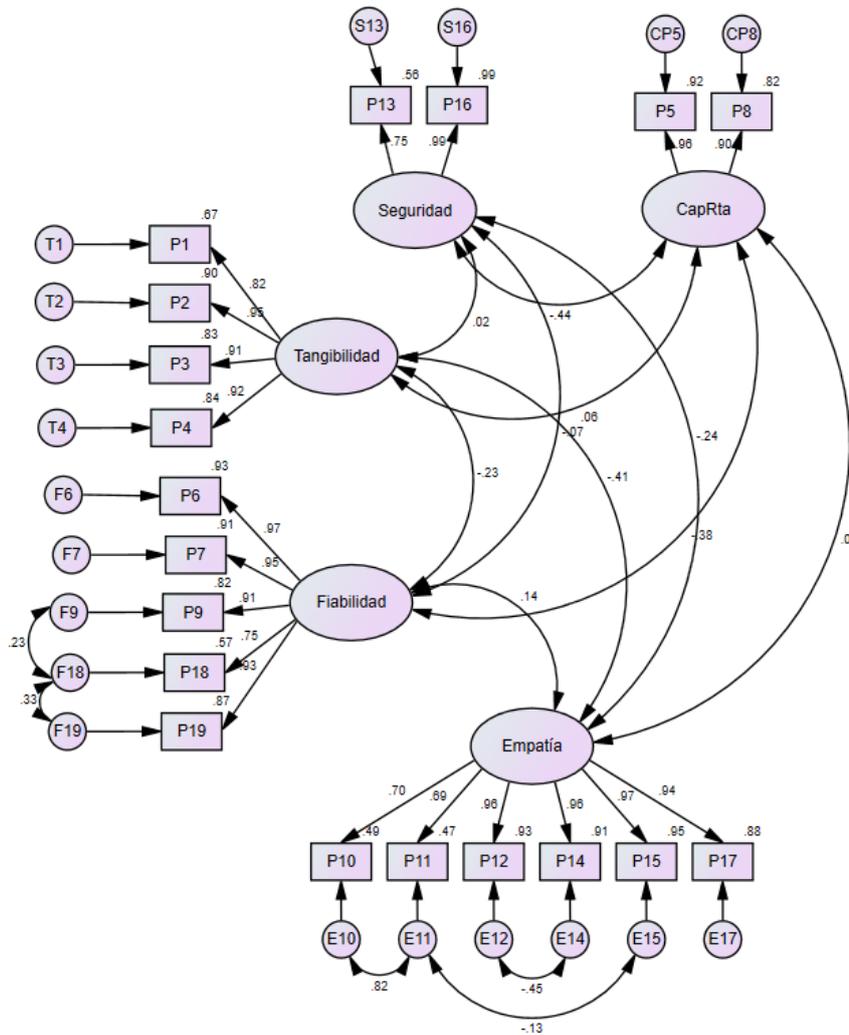


Figura 24. Modelo de medida de SERVQHOS

Por otro lado, las correlaciones entre las dimensiones se encuentran en el límite inferior esperado (0.4), pero resultaron significativas ($p < 0.05$). Esto se puede observar entre empatía-seguridad; seguridad-capacidad de respuesta, empatía-tangibilidad, fiabilidad-capacidad de respuesta y fiabilidad-tangibilidad. Además, no existe solapamiento entre las variables latentes (ninguna covarianza es > 0.7), confirmando la validez de constructo.

En el primer modelo, los índices de ajuste (127) no fueron adecuados (tabla 14). En el segundo, con errores de medida correlacionados (E15-E11; E10-E11; E12-E14; F18-F19; F9-F18), reportados por los índices de modificación, se consiguió un modelo con mejores índices de bondad de ajuste (figura 24). Al eliminar las covarianzas no significativas, los índices mejoraron aún más (tercer modelo; tabla 14).

Tabla 14. Principales índices de ajuste del modelo del cuestionario SERVQHOS

	X²/gl	CFI	TLI	NFI	RMSEA
	Chi-cuadrado normalizado	índice ajuste de comparación	Índice de Tucker Lewis	Índice de ajuste normado	Error cuadrático medio de aproximación
1er modelo	3.2	0.93	0.91	0.9	0.11
2do modelo	3	0.93	0.92	0.91	0.1
3er modelo	2.9	0.93	0.92	0.90	0.09
Límite deseado	< 3	> 0.90	> 0.90	> 0.90	< 0.08

Nota: Elaboración propia, a partir del cuestionario SERVQHOS.

C. Modelo de ecuaciones estructurales

Se construyó un modelo para evaluar la relación entre la calidad de atención percibida, la satisfacción y la intención de comportamiento. En el primer modelo (tabla 15), se obtuvo índices de bondad de ajuste adecuados, los cuales mejoraron al agregar las covarianzas de los errores en las dimensiones empatía y fiabilidad (segundo modelo) (tabla 15, y figura 25).

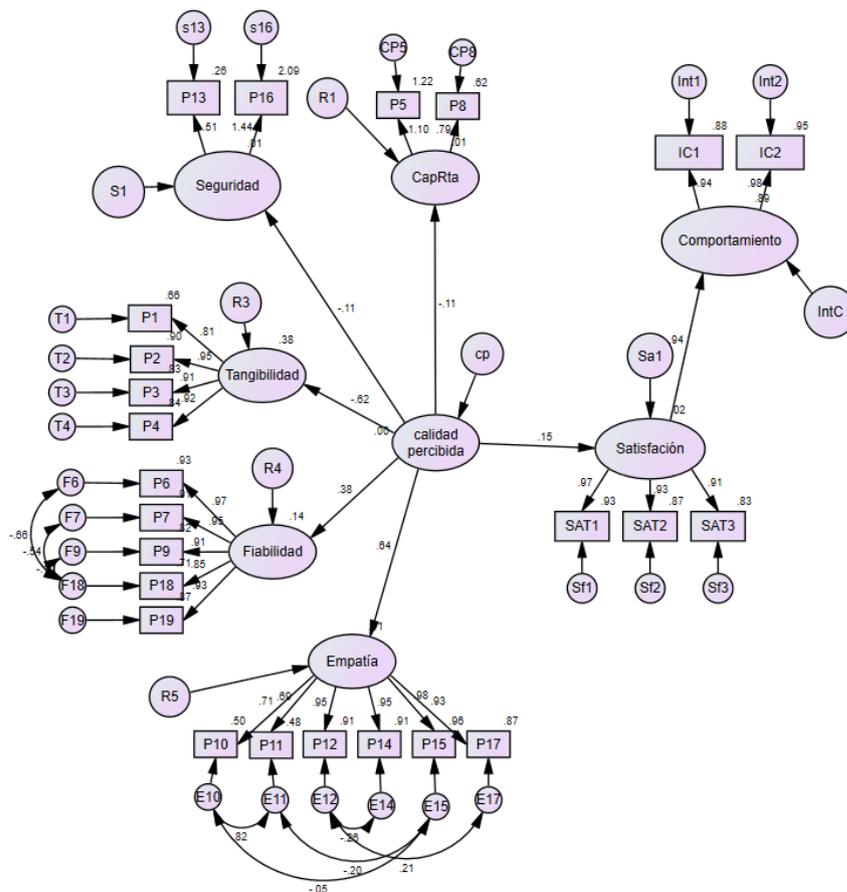


Figura 25. Segundo modelo de relaciones estructurales

Sin embargo, se observa la poca contribución de la dimensión “seguridad” al modelo ($p=0.5$). Al prescindir de ella, los índices de bondad mejoraron. Además, se encontró una correlación no significativa entre la capacidad de respuesta y la calidad percibida, por lo cual, también se prescindió de ella. Más aún, esta se asociaba significativamente con las intenciones de comportamiento (3er modelo de la tabla 15, y figura 26). Finalmente se observó que, los aspectos tangibles influían significativamente sobre la satisfacción. Al realizar estos cambios, se hallaron índices de ajuste adecuados (tercer modelo). Por lo tanto, se afirma que, el modelo hipotetizado se ajusta a los datos de la muestra.

Tabla 15. Índices de bondad de ajuste del modelo

	X²/gl	CFI	TLI	NFI	RMSEA
	Chi-cuadrado normalizado	índice ajuste de comparación	Índice de Tucker Lewis	Índice de ajuste normado	Error cuadrático medio de aproximación
1er modelo	2.6	0.09	0.93	0.88	0.88
2do modelo	2.5	0.90	0.94	0.93	0.09
3er modelo	2.2	0.95	0.94	0.92	0.08
Límite deseado	< 3	> 0.90	> 0.90	> 0.90	< 0.08

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

Por tanto, con los resultados obtenidos hasta el momento, queda demostrada la primera hipótesis de investigación: los resultados de las propiedades métricas confirman la validez y confiabilidad de SERVQHOS.

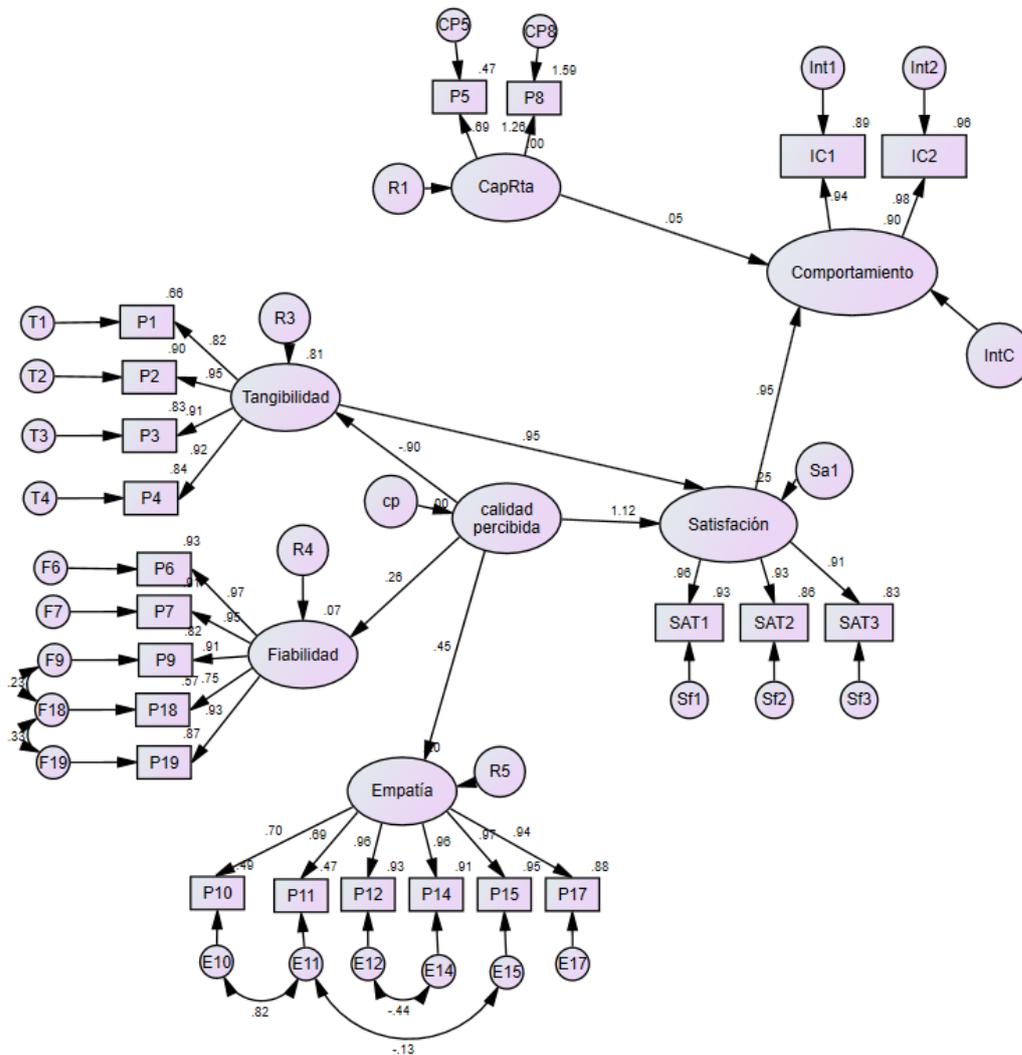


Figura 26. Tercer modelo de relaciones estructurales

Prueba de hipótesis

El modelo estructural nos permite realizar el contraste de hipótesis, es decir, evaluar el efecto de la calidad percibida sobre la satisfacción, y de esta sobre las intenciones de comportamiento (tabla 16).

Tabla 16. Prueba de hipótesis según modelo estructural

Flujo	Peso de regresión estandarizado (β)	Significancia	Resultado
Calidad percibida → Satisfacción	1.12	<0.001	Soportado
Satisfacción → Intención de comportamiento	0.95	<0.001	Soportado

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

Se puede observar, en la tabla 16 que, la significancia estadística permite rechazar la hipótesis nula de no influencia, y aceptar la alterna. Es decir que, la calidad percibida por las usuarias externas de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del HNASS influye sobre su satisfacción, y esta sobre sus intenciones de comportamiento, en forma estadísticamente significativa.

Asimismo, se realizó un análisis de regresión logística multinomial, evaluando la satisfacción global (nada satisfecha, poco satisfecha, satisfecha y muy satisfecha), la intención de comportamiento (no recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital, tengo dudas, sí), y los ítems de SERVQHOS exceptuando a los de la dimensión seguridad y capacidad de respuesta, los cuales no demostraron contribución a la calidad percibida en el modelo de relaciones estructurales.

Así, al contrastar la hipótesis del efecto de la calidad percibida sobre la satisfacción (tabla 17), se halló significancia en el ajuste del modelo ($p = 0.026$), por lo cual se rechazó la hipótesis nula de no influencia, y se aceptó la alterna. Se encontró una prueba de bondad de ajuste con devianza de 1 (aceptando la hipótesis nula, que refiere que los valores predichos del modelo no difieren significativamente de los observados), y un valor de Pseudo cuadrado de Nagelkerke de 0.361 (es decir, el 36.1 % del cambio de las calificaciones sobre la satisfacción fueron explicados por el modelo)

Tabla 17. Regresión logística multinomial para la satisfacción según la calidad percibida

Satisfacción global	B	Desv. Error	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)		
							Límite inferior	Límite superior	
Poco Satisfecha	P10	2,255	,914	6,088	1	,014	9,532	1,590	57,155
Satisfecha	P17	1,380	,669	4,261	1	,039	3,975	1,072	14,736

Nota: La categoría de referencia es: Nada satisfecho.

Estos resultados indican que la calidad percibida influye significativamente sobre la satisfacción, mediante los siguientes ítems: P10 (“El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido...”). Esto señala que, por cada punto más de calificación en esta pregunta hay 9.5 veces más chance de calificar la satisfacción de “poco satisfecha” en comparación con “nada satisfecho”; y P17

(“La disposición del personal de obstetricia para ayudarle cuando lo necesitaba ha sido...), indicando que por cada punto más en la calificación de esta pregunta hay 4 veces más posibilidad de sentirse “satisfecha” por la atención recibida, en comparación de sentirse “nada satisfecha”.

Respecto de la hipótesis del efecto de la satisfacción sobre las intenciones de comportamiento (tabla 18), también se encontró significancia en el ajuste del modelo ($p < 0.001$), por lo cual se rechazó la hipótesis nula de no influencia y se aceptó la alterna. Se halló una prueba de bondad de ajuste con devianza de 0.8 (aceptando la hipótesis nula, que refiere que los valores predichos del modelo no difieren significativamente de los observados), y valor de Pseudo cuadrado de Nagelkerke de 0.779 (es decir, el 77.9 % del cambio de las calificaciones sobre la intención de comportamiento, es explicado por el modelo).

Tabla 18. Regresión logística multinomial para la intención de comportamiento según la satisfacción.

P21 ^a	B	Desv. Error	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Sí Intersección	-	4,776	14,064	1	,000			
	17,911							
SAT2	3,120	1,111	7,887	1	,005	22,647	2,566	199,849

Nota: La categoría de referencia es: No.

Los resultados indican que la satisfacción influye significativamente sobre las intenciones de comportamiento, mediante el ítem SAT2 (“estoy satisfecha con el servicio de salud que recibí en este hospital”), señalando que, por cada punto más de calificación en esta pregunta hay 22.7 veces más chance de recomendar este hospital a otra persona en comparación con no hacerlo.

Determinación de la Validez Convergente

Debido a que, para determinar la validez convergente de un instrumento, se debe comparar los resultados de este con uno estándar que mide lo mismo, se estudió la calidad percibida con el uso de SERVQUAL de percepciones, administrada a las mismas pacientes con una diferencia máxima de 2 días, de acuerdo con sus

respectivas dimensiones (no se usó SERVQUAL de expectativas porque este no tuvo adecuada correlación con el mismo instrumento que mide percepciones). Se estudió solo las dimensiones que aportaron significativamente a la calidad percibida en los modelos estructurales (es decir se exceptuaron las dimensiones de seguridad y de capacidad de respuesta). Para este estudio, se usó correlación bivariada, con Rho de Spearman, para la significancia estadística (tablas 19 - 21).

Tabla 19. Correlación entre SERVQHOS y SERVQUAL, según la Dimensión Fiabilidad

SERVQHOS		SERVQUALP1	SERVQUALP2	SERVQUALP3	SERVQUALP4	SERVQUALP5
P6	CC	,146 [*]	,642 ^{**}	,574 ^{**}	,565 ^{**}	,716 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,036	,000	,000	,000	,000
P7	CC	,227 ^{**}	,700 ^{**}	,703 ^{**}	,677 ^{**}	,666 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,000
P9	CC	,193 ^{**}	,662 ^{**}	,731 ^{**}	,748 ^{**}	,574 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,005	,000	,000	,000	,000
P18	CC	,294 ^{**}	,669 ^{**}	,645 ^{**}	,637 ^{**}	,627 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
P19	CC	,180 ^{**}	,626 ^{**}	,636 ^{**}	,597 ^{**}	,625 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,010	,000	,000	,000	,000

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación (Rho de Spearman).

Tabla 20. Correlación entre SERVQHOS y SERVQUAL, según la Dimensión Empatía

SERVQHOS		P10	P11	P12	P14	P15	P17
SERVQUALP14	CC	,547 ^{**}	,535 ^{**}	,741 ^{**}	,721 ^{**}	,714 ^{**}	,761 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP15	CC	,500 ^{**}	,464 ^{**}	,842 ^{**}	,657 ^{**}	,692 ^{**}	,706 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP16	CC	,553 ^{**}	,568 ^{**}	,715 ^{**}	,768 ^{**}	,762 ^{**}	,760 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP17	CC	,570 ^{**}	,562 ^{**}	,715 ^{**}	,783 ^{**}	,754 ^{**}	,761 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP18	CC	,657 ^{**}	,626 ^{**}	,737 ^{**}	,757 ^{**}	,752 ^{**}	,794 ^{**}
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación (Rho de Spearman).

Tabla 21. Correlación entre SERVQHOS y SERVQUAL, según la Dimensión Tangibles

	SERVQHOS	P1	P2	P3	P4
SERVQUALP19	CC	,714**	,736**	,775**	,776**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP20	CC	,733**	,732**	,764**	,767**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP21	CC	,830**	,760**	,624**	,729**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
SERVQUALP22	CC	,536**	,600**	,817**	,677**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación. (Rho de Spearman).

Como se observa desde la tabla 19 a la 21, existen correlaciones estadísticamente significativas entre SERVQHOS y SERVQUAL, entre sus diferentes dimensiones, demostrando la validez convergente de la primera.

Determinación de la Validez Divergente

Para evaluar la validez divergente, se comparó SERVQHOS con la Escala Breve de Celos (EBC). Se encontró lo que esperado: ausencia de correlación, pues la EBC es un instrumento que mide conceptos diferentes; y donde hay correlaciones, estas no tienen un patrón lógico (tabla 22).

Tabla 22. Correlación entre SERVQHOS y Escala Breve de Celos

		P1	P2	P3	P4	P6	P7	P9	P10	P11	P12	P14	P15	P17	P18	P19
EBC1	CC	,095	,141	,069	,134	-,364**	-,342*	-,251	-,269	-,162	-,345*	-,325*	-,450**	-,362**	-,367**	-,412**
	Sig. (bilateral)	,513	,330	,636	,353	,009	,015	,078	,059	,260	,014	,021	,001	,010	,009	,003
EBC2	CC	,150	,247	,187	,249	-,307*	-,274	-,158	-,354*	-,327*	-,182	-,250	-,327*	-,205	-,318*	-,410**
	Sig. (bilateral)	,297	,084	,195	,081	,030	,054	,273	,012	,020	,207	,079	,020	,154	,024	,003
EBC3	CC	,220	,280*	,157	,237	-,242	-,199	-,189	-,118	-,112	-,268	-,232	-,333*	-,194	-,304*	-,322*
	Sig. (bilateral)	,125	,049	,276	,098	,090	,165	,188	,415	,439	,060	,106	,018	,177	,032	,023
EBC4	CC	,075	,161	,146	,181	-,211	-,193	-,077	-,395**	-,344*	-,190	-,235	-,339*	-,185	-,248	-,282*
	Sig. (bilateral)	,605	,263	,311	,208	,142	,180	,595	,005	,015	,187	,100	,016	,197	,082	,048
EBC5	CC	,110	,173	,216	,161	-,181	-,197	-,131	-,313*	-,293*	-,239	-,221	-,264	-,194	-,113	-,229
	Sig. (bilateral)	,447	,229	,133	,263	,209	,169	,365	,027	,039	,094	,123	,064	,177	,433	,110
EBC6	CC	,333*	,296*	,232	,272	-,148	-,093	-,079	-,060	-,021	-,143	-,102	-,131	-,098	-,011	-,248
	Sig. (bilateral)	,018	,037	,104	,056	,306	,521	,588	,678	,885	,322	,483	,363	,496	,941	,082
EBC7	CC	-,051	,057	,148	,058	-,250	-,163	-,180	-,416**	-,335*	-,402**	-,444**	-,476**	-,320*	-,219	-,319*
	Sig. (bilateral)	,725	,693	,306	,688	,080	,257	,211	,003	,017	,004	,001	,000	,024	,127	,024
EBC8	CC	,281*	,340*	,245	,319*	-,206	-,138	-,058	-,073	-,047	-,259	-,257	-,360*	-,244	-,146	-,280*
	Sig. (bilateral)	,048	,016	,086	,024	,152	,339	,691	,616	,744	,069	,071	,010	,088	,311	,049
EBC9	CC	,095	,215	,175	,190	-,174	-,173	-,168	-,283*	-,250	-,218	-,218	-,314*	-,235	-,170	-,228
	Sig. (bilateral)	,512	,135	,224	,186	,228	,231	,245	,047	,080	,127	,128	,026	,100	,239	,111
EBC10	CC	,236	,258	,166	,201	-,191	-,179	-,121	-,115	-,176	-,282*	-,336*	-,291*	-,244	-,178	-,344*
	Sig. (bilateral)	,099	,071	,250	,162	,184	,214	,403	,426	,221	,047	,017	,040	,087	,217	,015
EBC11	CC	,163	,246	,253	,262	-,234	-,189	-,118	-,256	-,142	-,129	-,091	-,310*	-,083	-,176	-,257
	Sig. (bilateral)	,258	,085	,076	,066	,102	,188	,416	,073	,324	,372	,529	,028	,566	,221	,072

Nota: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación.

Determinación de la validez discriminante

Se evaluó la capacidad discriminante de SERVQHOS al clasificar a las encuestadas en dos grupos, considerando su satisfacción: las muy satisfechas y el resto de opinión. En la siguiente tabla se observa a las variables independientes que contribuyen significativamente al modelo. La correlación canónica de 0.392, indicó que el 15,4% de la varianza es explicada por el modelo. El valor Lambda de Wilks significativo, indica que la función nos permite discriminar entre los dos grupos. Se identificó correctamente al 62.2% de las muy satisfechas, y al 72.8% de satisfechas/poco/nada satisfechas (tabla 23).

Tabla 23. Prueba de validez discriminante

	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
P6	,976	5,103	1	204	,025
P12	,949	10,870	1	204	,001
P15	,976	4,975	1	204	,027
P17	,965	7,334	1	204	,007
Correlación canónica					0.392
Lambda de Wilks para la función				0.85	P= 0.028
Resultados de clasificación		Satisfecha/poco/nada: 72.8%		Muy satisfecha: 62.2%	

Nota: Prueba de igualdad de medias de grupos

Además, se determinó la validez discriminante al realizar una correlación bivariada entre los ítems y comprobando que, diversos grupos de estos evalúan aspectos diferentes de la calidad percibida (tabla 24).

Por otro lado, se evidencia, también, la validez discriminante, al observar el modelo de medida de SERVQHOS (figura 24), en el cual se aprecia que, todas las estimaciones estandarizadas (covarianzas), entre las variables no observadas (exógenas), se encuentran por debajo del umbral recomendado (<0,8).

Tabla 24. Correlación entre ítems de SERVQHOS

		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19
P1	CC	1,000	,830**	,695**	,795**	,135	-,021	-,102	,062	-,144	-,158	-,206**	-,249**	,162	-,365**	-,342**	,067	-,309**	-,079	-,129
	P		,000	,000	,000	,053	,761	,144	,376	,039	,023	,003	,000	,020	,000	,000	,342	,000	,257	,065
P2	CC	,830**	1,000	,754**	,868**	,172	-,070	-,139	,142	-,138	-,113	-,187**	-,262**	,140	-,322**	-,336**	,060	-,297**	-,119	-,158
	P			,000	,000	,013	,319	,047	,042	,048	,105	,007	,000	,045	,000	,000	,392	,000	,088	,023
P3	CC	,695**	,754**	1,000	,799**	,102	-,156*	-,161*	,162*	-,102	-,097	-,149*	-,349**	,105	-,256**	-,284**	,172*	-,273**	-,152*	-,142*
	P					,145	,026	,021	,020	,144	,163	,033	,000	,131	,000	,000	,013	,000	,029	,041
P4	CC	,795**	,868**	,799**	1,000	,158	-,113	-,128	,158*	-,116	-,122	-,154*	-,293**	,139*	-,299**	-,308**	,096	-,311**	-,108	-,133
	P					,023	,106	,066	,023	,096	,080	,027	,000	,047	,000	,000	,169	,000	,121	,057
P5	CC	,135	,172*	,102	,158*	1,000	-,230**	-,338**	,845**	-,286**	-,033	-,027	-,021	-,283**	-,053	-,068	-,325**	-,070	-,267**	-,276**
	P						,001	,000	,000	,000	,641	,700	,765	,000	,447	,335	,000	,317	,000	,000
P6	CC	-,021	-,070	-,156*	-,113	-,230**	1,000	,829**	-,253**	,747**	-,005	-,022	,125	,074	,011	,025	-,043	,054	,735**	,766**
	P							,000	,000	,000	,946	,755	,072	,289	,878	,726	,536	,438	,000	,000
P7	CC	-,102	-,139*	-,161*	-,128	-,338**	,829**	1,000	-,260**	,874**	,066	,058	,106	,133	,132	,108	,083	,109	,801**	,811**
	P								,000	,000	,345	,409	,130	,058	,123	,234	,119	,000	,000	,000
P8	CC	,062	,142*	,162*	,158*	,845**	-,253**	-,260**	1,000	-,122	,085	,117	-,034	-,281**	,108	,056	-,155*	,047	-,244**	-,224**
	P									,080	,225	,093	,625	,000	,122	,420	,026	,503	,000	,001
P9	CC	-,144*	-,138*	-,102	-,116	-,286**	,747**	,874**	-,122	1,000	,116	,116	,039	,073	,211**	,147*	,120	,107	,780**	,771**
	P										,098	,096	,580	,297	,002	,035	,087	,125	,000	,000
P10	CC	-,158*	-,113	-,097	-,122	-,033	-,005	,066	,085	,116	1,000	,836**	,578**	,051	,699**	,683**	,085	,634**	,099	,063
	P											,000	,000	,471	,000	,000	,225	,000	,158	,370
P11	CC	-,206**	-,187**	-,149*	-,154*	-,027	-,022	,058	,117	,116	,836**	1,000	,549**	,055	,663**	,624**	,094	,578**	,081	,022
	P												,000	,433	,000	,000	,180	,000	,247	,757
P12	CC	-,249**	-,262**	-,349**	-,293**	-,021	,125	,106	-,034	,039	,578**	,549**	1,000	-,219**	,774**	,826**	-,260**	,821**	,150*	,087
	P														,002	,000	,000	,000	,031	,212
P13	CC	,162*	,140*	,105	,139*	-,283**	,074	,133	-,281**	,073	,051	,055	-,219**	1,000	-,215**	-,254**	,810**	-,247**	,137*	,064
	P														,002	,000	,000	,000	,050	,358
P14	CC	-,365**	-,322**	-,256**	-,299**	-,053	,011	,132	,108	,211**	,699**	,663**	,774**	-,215**	1,000	,927**	-,097	,851**	,211**	,129
	P															,002	,000	,000	,000	,050
P15	CC	-,342**	-,336**	-,284**	-,308**	-,068	,025	,108	,056	,147*	,683**	,624**	,826**	-,254**	,927**	1,000	-,157*	,865**	,191**	,114
	P																,000	,167	,000	,065
P16	CC	,067	,060	,172*	,096	-,325**	-,043	,083	-,155*	,120	,085	,094	-,260**	,810**	-,097	-,157*	1,000	-,115	,073	,048
	P																	,025	,000	,102
P17	CC	-,309**	-,297**	-,273**	-,311**	-,070	,054	,109	,047	,107	,634**	,578**	,821**	-,247**	,851**	,865**	-,115	1,000	,166*	,102
	P																		,100	,297
P18	CC	-,079	-,119	-,152*	-,108	-,267**	,735**	,801**	-,244**	,780**	,099	,081	,150*	,137*	,211**	,191**	,073	,166*	1,000	,803**
	P																			,000
P19	CC	-,129	-,158*	-,142*	-,133	-,276**	,766**	,811**	-,224**	,771**	,063	,022	,087	,064	,129	,114	,048	,102	,803**	1,000
	P																			,000

Determinación de la Validez de Criterio

Este tipo de validez señala que, los puntajes obtenidos por dos cuestionarios diferentes que midan lo mismo, y administradas al mismo tiempo, deben guardar correlación significativa (validez concurrente). Por tanto, se comparó SERVQHOS con SERPERF, administrada el mismo día. Se obtuvo correlaciones significativas en todas sus dimensiones (tablas 25 a la 27).

Tabla 25. Correlación entre SERVQHOS y SERPERF. Dimensión fiabilidad

		SERVPERF1	SERVPERF2	SERVPERF3	SERVPERF4	SERVPERF5
P6	CC	,108	,654**	,588**	,571**	,697**
	Sig. (bilateral)	,124	,000	,000	,000	,000
P7	CC	,230**	,699**	,694**	,698**	,648**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,000
P9	CC	,243**	,652**	,697**	,757**	,574**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000
P18	CC	,227**	,641**	,642**	,659**	,609**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,000
P19	CC	,187**	,618**	,637**	,600**	,622**
	Sig. (bilateral)	,007	,000	,000	,000	,000

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación (Rho de Spearman).

Tabla 26. Correlación entre SERVQHOS y SERPERF. Dimensión Empatía

SERVQHOS		P10	P11	P12	P14	P15	P17
SERVPERF14	CC	,550**	,556**	,730**	,732**	,718**	,766**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVPERF15	CC	,504**	,473**	,820**	,650**	,677**	,696**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVPERF16	CC	,575**	,590**	,729**	,780**	,772**	,779**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVPERF17	CC	,555**	,547**	,724**	,783**	,756**	,774**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000
SERVPERF18	CC	,646**	,634**	,730**	,759**	,755**	,792**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación (Rho de Spearman).

Tabla 27. Correlación entre SERVQHOS y SERVPERF. Dimensión Tangibles

		SERVPERF19	SERVPERF20	SERVPERF21	SERVPERF22
P1	CC	,696**	,744**	,830**	,533**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
P2	CC	,725**	,728**	,745**	,598**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
P3	CC	,768**	,751**	,606**	,812**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000
P4	CC	,766**	,750**	,710**	,682**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000

Nota: **La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). CC: coeficiente de correlación (Rho de Spearman).

Aplicación de las encuestas SERVQHOS para medir la calidad percibida.

En este acápite se exponen los resultados de la aplicación de SERVQHOS en los pacientes del Servicio de Obstetricia Médica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, con el objetivo de evaluar la calidad percibida, usando solo las dimensiones que resultaron contributorias al modelo estructural. Para ello, realizamos un baremo para cada dimensión (tabla 28).

Tabla 28. Escala de valoración o baremación de las dimensiones de encuestas SERVQHOS

Tangibilidad		Empatía		Fiabilidad	
Nivel de calidad	Intervalos	Nivel de calidad	Intervalos	Nivel de calidad	Intervalos
Calidad baja	4 9	Calidad baja	6 13	Calidad baja	5 11
Calidad media	10 15	Calidad media	14 21	Calidad media	12 18
Calidad alta	16 20	Calidad alta	22 30	Calidad alta	19 25
Número de ítems	4	Número de ítems	6	Número de ítems	5
Máximo	20	Máximo	30	Máximo	25
Mínimo	4	Mínimo	6	Mínimo	5
Rango	16	Rango	24	Rango	20
Niveles	3	Niveles	3	Niveles	3
Amplitud	5.3	Amplitud	8	Amplitud	6.7

Nota: Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

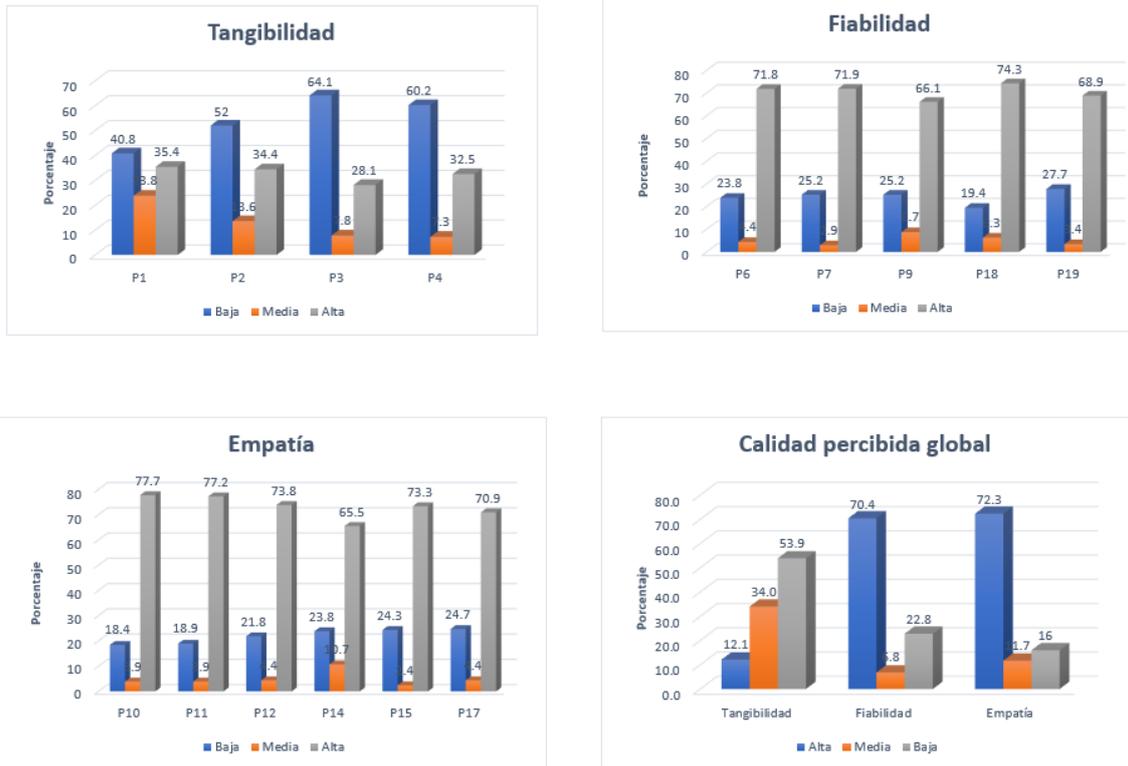


Figura 27. Calidad percibida según dimensiones

En la figura 27 se observa que, para la dimensión tangibilidad, la mayoría de las encuestadas considera que, el servicio de hospitalización en estudio, adolece de una adecuada oferta de aspectos tangibles, llámese comodidad, señalización y apariencia del personal. En cuanto a la fiabilidad, la mayoría calificó con buenos puntajes aspectos como la explicación e información que dan los médicos a ellas y a sus familiares. Finalmente, la mejor calificación fue para la empatía: el interés de los médicos, su amabilidad y comprensión, así como la disposición del personal de obstetricia, fueron considerados de alta calidad.

A partir de esta información se elaboró una “matriz de mejora”, la cual tiene por finalidad identificar aquellos aspectos donde la atención debe priorizarse. Rojo: priorizar su mejora con prontitud; verde: en proceso y naranja, aceptable (tabla 29).

Tabla 29. Matriz de mejora

Ítem	Pregunta	Baja calidad (%)	Calidad media (%)	Alta calidad (%)
P3	La comodidad (la apariencia y el estado) de las habitaciones del hospital ha sido...	64.1	7.8	28.1
P4	La señalización (carteles o símbolos en las puertas y paredes) ha sido...	60.2	7.3	32.5
P2	La apariencia (limpieza, uniforme correcto y en buen estado) del personal de salud ha sido...	52	23.6	34.4
P1	La tecnología de los equipos médicos, instrumentos y materiales para los diagnósticos y tratamientos ha sido...	40.8	23.8	35.4
P19	La calidad y cantidad de la información que los médicos dieron a los familiares ha sido	27.7	3.4	68.9
P7	La explicación de los médicos sobre su tratamiento (medicamentos, oxígeno, y otros) que recibió durante su hospitalización fue...	25.2	2.9	71.9
P9	La explicación de los médicos sobre los resultados de sus exámenes de laboratorio ha sido...	25.2	2.9	71.9
P17	La disposición del personal de obstetricia para ayudarlo cuando lo necesitaba ha sido...	24.7	4.4	70.9
P15	El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido...	24.3	2.4	73.3
P6	La información que los médicos le proporcionaron sobre su enfermedad ha sido...	23.8	4.4	71.8
P14	El trato personalizado que se ha recibido por parte de los médicos ha sido...	23.8	10.7	65.5
P12	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido...	21.8	4.4	73.8
P18	El personal médico cumplió con sus promesas, o con lo que dijo que haría...	19.4	6.3	74.3
P11	La confianza (seguridad) que el personal le transmitía, ha sido...	18.9	3.9	77.2
P10	El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido...	18.4	3.9	77.7

Nota: El color rojo comprende puntajes > 60 % de baja calidad percibida. Verde 40 – 60 % de baja calidad percibida: Naranja < 40 % de baja calidad percibida: Aceptable. Elaboración propia, a partir de las encuestas SERVQHOS.

Relación de las características sociales, demográficas y de la gestación con las dimensiones de la calidad percibida

Relación con los aspectos tangibles

Para determinar qué variables independientes influían sobre los aspectos tangibles de la calidad percibida, se realizó una regresión logística multinomial. Se consideró, como variables dependientes, a la percepción de los elementos tangibles ofrecidos por el hospital (bajo, medio y alto), teniendo como categoría de referencia al nivel bajo. Se usó un modelo personalizado de pasos sucesivos y considerando la interacción entre la edad gestacional con la estancia hospitalaria, y entre la situación laboral con el estado civil.

Se encontró significancia en el ajuste del modelo ($p < 0.05$). Se encontró una prueba de bondad de ajuste, con devianza de 0.59 (aceptando la hipótesis nula, que refiere que los valores predichos no difieren significativamente de los observados), y un valor de Pseudo cuadrado de Nagelkerke de 0.14 (es decir, el 14% del cambio de las calificaciones de los aspectos tangibles fueron explicados por el modelo) (tabla 30).

Tabla 30. Estimaciones de parámetro respecto de la dimensión tangibles

Nivel_tangibles ^a	B	Desv. Error	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Nivel alto Intersección	-,947	,469	4,084	1	,043			
[Edad>30=0]	-1,539	,775	3,942	1	,04	,215	,047	,980

Nota: La categoría de referencia es: Nivel bajo.

El resultado nos dice que, cuando la edad es menor de 30 años, hay $1/0.215 = 4,7$ veces más chance de calificar la calidad de elementos tangibles como de nivel alto, que calificarla como de nivel bajo.

Relación con la empatía

Se encontró significancia en el ajuste del modelo ($p < 0.05$). La prueba de bondad de ajuste presentó una devianza de 0.16 (aceptando la hipótesis nula, que refiere que los valores predichos del modelo no difieren significativamente de los observados), y valor de Pseudo cuadrado de Nagelkerke de 0.254 (es decir, el 25.4 % del cambio de las calificaciones sobre el nivel de empatía fueron explicados por el modelo).

Tabla 31. Estimaciones de parámetro respecto de la dimensión empatía

Nivel empatía	B	Desv. Error	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% de intervalo de confianza para Exp(B)	
							Límite inferior	Límite superior
Nivel medio [Edad>30=0]	-1,348	,585	5,313	1	,021	,260	,083	,817
Nivel alto [Edad>30=0]	-2,252	,454	24,656	1	,000	,105	,043	,256
[Pretérmino=0]	1,138	,523	4,733	1	,030	3,121	1,119	8,702

Nota: La categoría de referencia es: Nivel bajo.

Se encontró que, cuando la edad fue menor de 30 años hay $1/0.26 = 3.8$, y $1/0.105 = 9.5$ veces más probabilidades de calificar como de calidad media y alta, respectivamente a la empatía percibida durante su hospitalización, que calificarla como de nivel bajo. Asimismo, aquellas madres hospitalizadas antes de las 37 semanas (pretérminos) tenían 3.1 veces más chance de calificar la empatía como de nivel alto que como de nivel bajo.

Relación con la dimensión fiabilidad

En cuanto a esta dimensión, los criterios de ajuste de modelo no fueron significativos ($p= 0.506$), por lo cual se descartó una influencia de las variables independientes sobre esta dimensión.

V. DISCUSIÓN

Se logró validar las encuestas SERVQHOS y se evaluó la calidad percibida, la satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización; así como se demostró un efecto directo y significativo de la calidad percibida sobre la satisfacción, y de esta sobre las intenciones de comportamiento.

En primer lugar, se decidió realizar la validación de las encuestas SERVQHOS, con el objetivo de evaluar la calidad percibida en el servicio médico de estudio, debido a la escasa investigación sobre el tema en el hospital Sabogal, pero, a su vez, desarrollado con un instrumento que se resuelva desde el domicilio. De esta manera se podría disminuir cierto sesgo, por parte de las pacientes, de responder positivamente al encontrarse, de manera presencial, frente al investigador. Además, acorde con el avance de la tecnología, esta encuesta pudo ser respondida desde el móvil, en el momento en que las encuestadas consideraron prudente. Por otra parte, en el contexto de una pandemia, este modo de respuesta permitió contar con los resultados evitando el contacto cercano con las pacientes. Para ello, se realizaron las etapas necesarias para validar adecuadamente un instrumento (figura 16). Así, la primera fase, consistió en determinar la validez de contenido. Para ello, se sometieron los ítems a un juicio de expertos. Estos ostentaban el grado de maestría o doctorado. Se obtuvo un puntaje adecuado sobre el grado de acuerdo entre ellos (V de Aiken= 0.95) (tabla 4). (Cuanto más cercana es la V de Aiken a 1, indica que el instrumento tiene mayor validez de contenido) (110,111)

En la segunda fase, se determinó la fiabilidad o confiabilidad, usando tres métodos: el de las mitades partidas (split-halves), en el cual se divide el total de ítems en dos partes: si un instrumento es confiable, las puntuaciones de ambas mitades deben estar muy correlacionadas entre sí (107). Se obtuvo un coeficiente de Spearman-Brown de 0.78 (tabla 5), (> 0.7 indica buena consistencia). En el segundo método, el Alfa de Cronbach obtuvo valores mayores de 0.8 para cada ítem (0,7 se consideran generalmente aceptables y satisfactorios; por encima de 0,8 bastante bueno) (108). Además, no hubo necesidad de suprimir algún ítem para mejorar este coeficiente (tabla 6), lo cual confirma una buena consistencia interna de la escala. Este valor es algo inferior

al obtenido por Mira (Alfa de Cronbach= 0.96), quien diseñó el instrumento (15). Sin embargo, cabe resaltar que, valores mayores de 0,95 pueden expresar correlaciones altas entre los ítems; es decir, redundancia de una o más preguntas, por lo cual se propone dar una calificación positiva de consistencia interna cuando el alfa de Cronbach está entre 0,70 y 0,95 (106). Por otro lado, una vez identificadas las dimensiones, ya con toda la muestra de estudio, se obtuvo, también, coeficientes superiores a 0.9 para cada dimensión, lo cual refleja la buena consistencia interna (tabla 13). El tercer método usado, evalúa la estabilidad o repetitividad o la poca sensibilidad al cambio, y es cuando se aplica la misma escala (es este caso SERVQHOS) en dos tiempos diferentes, y a las mismas personas: un instrumento se considera fiable cuando obtiene los mismos resultados. En el presente estudio, con dos semanas de diferencia, se obtuvo un buen coeficiente de correlación intraclase ($CCI \geq 0.94$) (tabla 8). (Un $CCI \geq 0,7$ es considerado bueno para determinar la fiabilidad; y > 0.8 , se considera muy bueno) (105,106). ¿Por qué no se evaluó la correlación con r de Pearson?; pues debido a que la r de Pearson es un índice de linealidad: mide el grado en el que una variable “ y ” puede equipararse a otra variable “ x ” mediante una transformación lineal ($y = ax + b$); en cambio el CCI es un índice de aditividad porque mide el grado en el que una variable “ y ” puede equipararse a otra variable “ x ” sumando una constante ($y = x + b$) (104,105). Estos tres métodos demostraron que SERVQHOS es una escala confiable o fiable.

En la tercera fase, se demostró la validez de constructo y de criterio. Para lo primero, se usó dos técnicas: el Análisis Factorial Exploratorio, y el Confirmatorio. Antes, para comprobar la aplicabilidad del análisis factorial, se obtuvo un índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0.79 (se considera apropiado un valor entre 0,5 a 1 para confirmar la adecuación del muestreo). La prueba de esfericidad de Bartlett, cuya hipótesis nula afirma que las variables no están correlacionadas en la población (que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad), fue significativa ($p < 0,01$) por lo cual se rechazó la hipótesis nula, y se continuó con el análisis factorial (127) (tabla 9). En el Análisis exploratorio, el análisis de comunalidades (según análisis de componentes principales) (tabla 10), el de la varianza explicada (tabla 11), y de la matriz de componente rotado (tabla 12), permitió observar que, el 87.9 % de la varianza era explicada por 5 factores o

dimensiones (tabla 13), composición diferente a la encontrada por Mira (15) y Barragán (26), quienes encuentran unidimensionalidad de la escala, con aproximadamente 60% de su varianza explicada. Se adjudicó estas diferencias al énfasis que se puso al instruir a las pacientes para responder las preguntas, tomándose el tiempo necesario para comprender cada una de ellas, antes de emitir una respuesta. Finalmente, se clasificaron las dimensiones identificadas mediante una equivalencia con las del SERVQUAL (tabla 13). Luego, debido a que solo se contaba con el antecedente de una escala unidimensional de SERVQHOS (15, 26), no se usó esa información como modelo teórico a priori para el análisis confirmatorio, sino que, se decidió realizarlo con las 5 dimensiones identificadas en el análisis exploratorio.

Antes de someter el modelo a las estimaciones respectivas, se comprobó la normalidad multivariante de los ítems (tabla 6). El coeficiente de Mardia obtenido por AMOS fue de 36.3, evidenciando una distribución fuera de la normalidad. Sin embargo, de acuerdo con Rodríguez, et al. (126) , si se tiene un tamaño de muestra moderado y el modelo está especificado correctamente, el estimador de máxima verisimilitud presenta los mejores resultados, aún a expensas de la ausencia de normalidad, siempre y cuando el coeficiente no sea mayor que 70, por lo cual se procedió a usar este estimador. De esta manera, se pudo observar, en el modelo de medida del análisis confirmatorio (figura 24), que las variables latentes, llamadas también dimensiones, factores o constructos (vistas en elipses), tienen muy buena correlación con sus variables observadas (rectángulos), con cargas factoriales (λ) de, como mínimo, 0.69, lo cual indica que, cada ítem es buen indicador de su dimensión. También se obtuvo valores adecuados de la varianza explicada (R^2 , encima a la derecha de cada rectángulo) llegando a ser como mínimo 47% (en P5 y P11). Además, los ítems de una escala se relacionan con una única variable (requisito de dimensionalidad), y los ítems de una subescala tienen aproximadamente el mismo peso factorial (requisito de homogeneidad). Finalmente, aunque bajas, las correlaciones entre las dimensiones, fueron significativas (sin superar el 0.7 lo cual indicaría colinealidad, y se dudaría de la multidimensionalidad de la escala), confirmando la validez de constructo (128). Los índices de ajuste obtenidos fueron satisfactorios (tabla 14). Solo el RMSEA estuvo al límite de su

valor ideal, hallazgo que se adjudicó al número de pacientes y que podría mejorar al incrementar el tamaño de muestra. Hay que tener en cuenta que, si se rechaza el modelo (siendo válido), al observar únicamente este hallazgo, se podría cometer un error de tipo I, sobre todo al considerar que, fue el único índice en el límite de su valor ideal, y que el resto de coeficientes fueron satisfactorios (127). Además, al construir el modelo de relaciones estructurales con la calidad percibida, satisfacción e intenciones de comportamiento (tabla 15 y figura 26), se obtuvo, para la prueba de normalidad, un coeficiente de Mardia de 33.8, por lo que se decidió usar, también en esta ocasión, el estimador de máxima verisimilitud (126). Se encontraron adecuados índices de bondad de ajuste al eliminar la dimensión “seguridad” y observando la influencia directa, también, de los aspectos tangibles sobre la satisfacción de las usuarias, y de la capacidad de respuesta sobre las intenciones de comportamiento, confirmando la validez del modelo. Estos hallazgos indican que, SERVQHOS evalúa la calidad percibida como un constructo compuesto por 3 dimensiones: aspectos tangibles, empatía y fiabilidad.

Asimismo, se resalta que, para determinar la validez de constructo, se debe evaluar, también, su validez convergente, divergente y discriminante. Así, se determinó la validez convergente (es decir, al compararla con otra escala que mida lo mismo y ya cuente con aceptación) al encontrar correlaciones estadísticamente significativas con SERVQUAL de percepciones (tablas 19-21). Asimismo, se demostró la validez divergente (escalas que midan constructos diferentes), al no hallar correlaciones lógicas entre SERVQHOS y la Escala Breve de Celos (tabla 22). Por otro lado, se determinó su validez discriminante, al demostrar su capacidad para discernir entre pacientes muy satisfechas y el resto de opinión, donde se obtuvo un Lambda de Wilks, significativo (0.86) (tabla 23); hallazgo similar al que encontró Mira (15), y Barragán (26), aunque, a diferencia de ellos, no se encontró capacidad de discriminación con las intenciones de comportamiento. También se determinó este tipo de validez, al verificar que, diferentes grupos de ítems evalúan dimensiones diferentes (tabla 24). Asimismo, puede objetivarse en el modelo de medición del AFC, donde la correlaciones entre dimensiones no superan el 0.7 (127) (figura 24).

Por otro lado, se determinó la validez de criterio (figura 16), al tomar, como escala ya establecida como válida y que mide lo mismo (criterio externo) (107), a la escala SERVPERF, la cual, aplicada al mismo tiempo con SERVQHOS obtuvieron, para cada dimensión, correlaciones significativas (tablas 25-27) (validez concurrente).

En segundo lugar, se aplicó la escala, con las dimensiones que lograron significancia estadística, en la evaluación de la calidad percibida por las pacientes del Servicio de Obstetricia Médica del HNSS. Así, las encuestadas opinaron que el servicio de hospitalización en estudio, adolece de una adecuada oferta de aspectos tangibles, principalmente comodidad, señalización y apariencia del personal (figura 27), resultado similar al estudio publicado por Soto (27), quien encuentra que, la falta de comodidad es uno de los factores por el que ellas califican con puntajes bajos los aspectos tangibles en un hospital de EsSalud. En cuanto a la fiabilidad, la mayoría calificó con altos puntajes aspectos como la explicación e información que los médicos les brindaron, a ellas y a sus familiares. La mejor calificación fue para la empatía: fueron considerados de alta calidad el interés de los médicos, su amabilidad y comprensión, así como la disposición del personal de obstetricia; hallazgo que difiere del estudio de Rocha (40), quien encontró que, en algunos hospitales de EsSalud, este factor tuvo los puntajes más bajos. En base a las respuestas, se elaboró una “matriz de mejora” (tabla 29), es decir un cuadro en el cual se resaltan aquellos aspectos que requieren de solución inmediata. Aquí, aspectos como la comodidad y señalización fueron los más urgentes, seguidos por el aspecto del personal y la percepción sobre el equipamiento del área de estudio.

En cuanto a la satisfacción e intenciones de comportamiento, en global, se observó que, la mayoría de las encuestadas, estuvieron o muy satisfechas (60.6%) o satisfechas (18%); y que, el 72.3% recomendaría a otra persona hospitalizarse en la institución de estudio (figura 20). Comparando estos datos con otros estudios realizados con pacientes de EsSalud, se observa que son cifras superiores a los niveles de satisfacción informados por Rocha (15% de satisfacción global) (40), Huanchaco (95% de insatisfacción) (41) y Cruzado (56%) (37), pero similares al de Ruiz (72%) (9), Borda (69.6%) (30) y Murillo (67%) (34).

Por otro lado, se estudió qué aspectos sociales, demográficos o de la gestación podrían influir sobre la percepción de las diferentes dimensiones de la calidad percibida. Para ello se realizó una regresión logística multinomial para cada dimensión. Así, se encontró que, respecto de los aspectos tangibles, había 4,7 veces más chance de calificar la calidad de elementos tangibles como de nivel alto, que calificarla como de nivel bajo, cuando la edad era menor de 30 años, hallazgo opuesto a los hallados por Borda (30) y García (16). Asimismo, las mujeres menores de 30 años, y aquellas con embarazos menores de 37 semanas (pretérmino) calificaron con puntajes significativamente más altos a la empatía percibida durante su hospitalización. No se halló influencia de las características estudiadas sobre la fiabilidad.

En tercer lugar, se demostró la hipótesis de un efecto directo de la calidad percibida sobre la satisfacción, y de esta sobre las intenciones de comportamiento, al contrastar las hipótesis, usando un modelo de ecuaciones estructurales (tabla 16, y figura 26). En general, para demostrar una relación causal, se debe observar el cambio de una variable (dependiente) cuando se manipula la que la antecede (independiente), y es claro y aceptado en estudios experimentales. Por tanto, es controversial determinar tal relación en estudios observacionales; sobre todo en base solo en la covariación de las variables. Sin embargo, en estos casos, los modelos de ecuaciones estructurales ofrecen direccionalidad de las relaciones entre constructos, por lo cual, hay consenso en la comunidad científica en que los SEM son un método robusto para demostrar plausibilidad causal sin un diseño experimental (127). Así, se observa, en la figura 26, el modelo estructural en el cual se determina la bondad de ajuste para el modelo causal y se estima la magnitud para cada coeficiente de trayectoria y la varianza explicada para cada constructo latente endógeno. Se observa, por tanto, que la calidad percibida tiene influencia estadísticamente significativa sobre la satisfacción de las usuarias ($p < 0.01$) (tabla 16), relación que explica, junto con los aspectos tangibles, el 25% de la satisfacción. Esto indica, también, que hay un buen porcentaje de la satisfacción que está influenciada por otros factores, todavía por estudiar. Asimismo, se puede observar la gran influencia de esta sobre las intenciones de comportamiento ($p < 0.01$) (tabla 16 y figura 26), explicando esta, junto con la capacidad de respuesta, el 90% de dichas

intenciones. Por el contrario, no se encontró una influencia directa de la calidad percibida sobre las intenciones de comportamiento ($p > 0.05$), lo cual indica que, las usuarias que tuvieron una buena percepción de la calidad de servicio, no necesariamente tuvieron la intención de recomendar el hospital a otras personas, o de considerar el retorno al mismo, como primera opción en el futuro. En cambio, las pacientes satisfechas sí tuvieron dichas intenciones de comportamiento. Estos hallazgos concuerdan con otros estudios (5,97–100), los cuales demuestran que, la satisfacción del paciente tiene un impacto positivo sobre su lealtad: cuando están satisfechos, tienden a ser leales tanto al personal médico como a la institución de salud en su conjunto.

También, se corroboró los hallazgos obtenidos con ecuaciones estructurales, al realizar regresiones logísticas multinomiales (tablas 17 y 18), donde se encontró, para la satisfacción según la calidad percibida, un valor de pseudo cuadrado de Nagelkerke de 0.361 (es decir, el 36.1 % del cambio de las calificaciones sobre la satisfacción fueron explicados por la calidad percibida), y valores de $\exp(B)$ de 9,5 y 4; los cuales indican las veces de chance de calificar positivamente a los grados de satisfacción respecto a la no satisfacción por cada punto de calificación en la calidad percibida (odds ratio) (tabla 17). Para las intenciones de comportamiento según la satisfacción, como se esperaba, el valor de pseudo cuadrado de Nagelkerke fue mayor: 0.779 (es decir, el 77.9 % del cambio de las calificaciones sobre la intención de comportamiento, fue explicado por la satisfacción), hallando un $\exp(B) = 22.7$, el cual señala que, por cada punto más de calificación en un aspecto de la satisfacción, hay 22.7 veces más chance de recomendar este hospital a otra persona o de volver, en comparación con no hacerlo (tabla 18).

Por otro lado, se observa, en la figura 26, que, de acuerdo con SERVQHOS, la calidad percibida es un constructo compuesto por 3 dimensiones, correlacionada positivamente con la empatía y fiabilidad, pero negativa con los aspectos tangibles. Esta observación indica que, las pacientes en estudio, percibieron como buena la calidad de servicio, incluso cuando calificaron con puntajes bajos el aspecto del personal, la tecnología, la comodidad y la señalización; hecho que podemos explicar, de acuerdo con una entrevista con algunas de ellas, por su comprensión de tener que adecuarse a los ambientes, no muy cómodos,

producto del embalse del resto de camas hospitalarias por pacientes con COVID-19. Sin embargo, en la misma figura se observa que, dicha dimensión tiene relación positiva con la satisfacción. Esto nos demuestra que estas dos variables son constructos diferentes y no deben tratarse como sinónimos. De hecho, hay estudios que indican que la satisfacción refleja algunas dimensiones de la calidad de servicio, por lo que no es extraño que su medición se utilice como herramienta para mejorar la calidad de servicio (91). Por ejemplo, se usan escalas como SERVQUAL o SERVPERF (diseñadas para evaluar la calidad percibida) como medida de la satisfacción del usuario (30,32,37,38,42). No obstante, de acuerdo con muchas observaciones, estos factores deben ser tratados como constructos diferentes. Lazarus dice que la cognición es necesaria para las emociones (92). Que los clientes son conscientes de su cognición antes que, de sus afectos. La calidad de servicio es, por tanto, representativa de un juicio cognitivo, mientras que la satisfacción se representa como un constructo afectivo (93,94), y debido a estas consideraciones, la calidad percibida se antepone a la satisfacción (94–96)

Por todas estas consideraciones, compartimos la opinión de varios autores (94–100) quienes, con diversos estudios indican que, los pacientes evalúan la calidad de la atención médica realizando un examen a nivel de cognición (calidad de servicio), a nivel de efecto (satisfacción) y nivel de conación (conducta).

VI. CONCLUSIONES

Las encuestas SERVQHOS son válidas y confiables para evaluar la calidad percibida de pacientes en un área de hospitalización.

La calidad percibida global en el Servicio de Obstetricia Médica del HNASS, fue calificada como de alto nivel en sus dimensiones de fiabilidad (70.4%) y empatía (72.3%), siendo los aspectos tangibles calificados como de baja calidad (53.9%), ambos, influenciados por la edad y el tiempo de embarazo. Por otro lado, un 60.6% expresó estar muy satisfecha, y 72.3% que recomendarían el hospital.

La calidad percibida tiene un efecto directo y significativo sobre la satisfacción de las usuarias externas del área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del HNASS.

La satisfacción tiene un efecto directo y significativo sobre las intenciones de comportamiento de las usuarias externas del área de hospitalización del Servicio de Obstetricia Médica del HNASS.

VII. RECOMENDACIONES

Las encuestas SERVQHOS pueden ser usadas para evaluar la calidad percibida de un área de hospitalización de salud. Sin embargo, si se desea evaluar la calidad percibida, con SERVQHOS, en relación con la satisfacción, se debe prestar atención en sus dimensiones fiabilidad, empatía y tangibilidad.

Debido a que, la calidad percibida solo explica el 36% de la satisfacción de las pacientes estudiadas, se proponer realizar investigaciones para evaluar otros factores que contribuyan a esta.

Debido a que SERVQHOS no incluye algunas dimensiones, también importantes, para evaluar la calidad percibida, llámese efectividad, eficacia y eficiencia, se propone incluirlos en un futuro estudio.

Se insta a los profesionales que realicen actividad docente, y a los investigadores, efectuar el tratado y evaluaciones de la calidad percibida y de la satisfacción, considerándolas como constructos independientes, con sus respectivas dimensiones.

Se insta, a la jefatura del Servicio de Obstetricia Médica del HNASS, a enfocar los esfuerzos para mejorar los aspectos tangibles en el área de hospitalización.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia y Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los ODS 2019-2030. 57º Consejo Directivo de la OPS/71ª Sesión del Comité Regional de La OMS para las Américas. Documento CD57/10. [Internet]. Washington, DC: PAHO/WHO; 2019 [citado el 20 abril de 2021]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49688-cd57-10-s-promocion-salud&category_slug=cd57-es&Itemid=270%E2%8C%A9=es&lang=es.
2. Technical Series on Safer Primary Care: Patient engagement [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2016 [citado el 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511629>.
3. Anabila P, Anome J, Kwadjo Kumi D. Assessing service quality in Ghana's public hospitals: evidence from Greater Accra and Ashanti Regions. Total Qual Manage Bus Excel [Internet]. 2020 [citado el 11 de septiembre de 2022];31(9–10):1009–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/14783363.2018.1459542>.
4. Zwier G, Clarke D. How well do we monitor patient satisfaction? Problems with the nation-wide patient survey. New Zealand Medical Journal. 1999;112(1097): 371-375.
5. Aljaberi MA, Juni MH, Al-Maqtari RA, Lye MS, Saeed MA, Al-Dubai SAR, et al. Relationships among perceived quality of healthcare services, satisfaction and behavioural intentions of international students in Kuala Lumpur, Malaysia: a cross-sectional study. BMJ Open. 2018;8(9): e021180.
6. Elliott MN, Kanouse DE, Edwards CA, Hilborne LH. Components of care vary in importance for overall patient-reported experience by type of hospitalization. Med Care. 2009;47(8): 842-849.
7. Giordano LA, Elliott MN, Goldstein E, Lehrman WG, Spencer PA. Development, Implementation, and Public Reporting of the HCAHPS Survey. Medical Care Research and Review. 2009 Jul 28;67(1):27–37.

8. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos y Servicios Médicos de Apoyo RM N /MINSA [Internet]. Docplayer.es. [citado el 19 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/7654901-Guia-tecnica-para-la-evaluacion-de-la-satisfaccion-del-usuario-externo-en-los-establecimientos-y-servicios-medicos-de-apoyo-rm-n-527-2011-minsa.html>.
9. Ruiz Ninapaytán MA. Revisión sistemática de estudios de calidad de atención a usuarios externos en los establecimientos de salud a nivel nacional. [tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2020. Recuperado a partir de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/50316>.
10. Babakus E, Boller GW. An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *J Bus Res.* 1992;24(3): :253–68.
11. Cronin JJ, Taylor SA. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *J Mark.* 1992;56(3): 55.
12. Cronin JJ, Taylor SA. Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *J Mark.* 1994;58(1): 125 –31.
13. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Alternative scales for measuring service quality: A comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing.* 1994;70(3): 201-30.
14. Mira Solves JJ, Buil Aina JA, Rodríguez-Marín J, Aranaz Andrés J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. *Gac Sanit.* 1997;11(4): 176–189.
15. Mira J, Aranaz J, Rodríguez J, Buil J, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Med Prev.* 1998; (4):12-8.
16. García Martínez S, Magdalena AS, Díaz MLM, Pérez Álvarez AI, Arias AP, Luz M, et al. Calidad percibida por los pacientes intervenidos en una unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2020; 25 (1): 8-14.

17. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. Leadersh Health Serv (Bradf Engl) [Internet]. 2009 [citado el 15 de septiembre de 2022];22(1):8–19. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17511870910927994/full/html>.
18. Cosma SA, Bota M, Fleşeriu C, Morgovan C, Văleanu M, Cosma D. Measuring patients' perception and satisfaction with the Romanian healthcare system. Sustainability (Switzerland). 2020;12(4): 1612.
19. 19. Marín Tello CG. Análisis de la calidad del servicio de enfermería en la fundación Cottolengo: validación de cuestionario SERVQHOS-E [tesis de maestría]. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10791>.
20. Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. J Behav Med. 1986;9(4): 389-399.
21. Canzio Meneses CZ. Relación entre calidad de servicio y satisfacción del usuario en emergencia de hospitales públicos de Lima este, 2018. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2019. Recuperado a partir de: http://repositorio.usil.edu.pe/bitstream/USIL/8822/1/2019_Canzio-Meneses.pdf.
22. Morales Gonzáles MC. Análisis del nivel de calidad del servicio del hospital San Bernabé E.S.E. mediante la aplicación del modelo SERVQHOS [tesis de pregrado]. Santiago de Cali: Universidad Autónoma de Occidente; 2019. Recuperado a partir de: <https://red.uao.edu.co/bitstream/handle/10614/11793/T08991.pdf;jsessionid=B95AAD1A0705CFBA06FDE1438A787C00?sequence=5>.
23. Pérez Cantó V, Maciá Soler ML, González Chordá VM. Satisfacción de los usuarios en 2 hospitales con diferente modelo de gestión. J Healthc Qual Res. 2018;33(6): 334-342.
24. Numpaque-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [Internet]. 2016 [citado el 15 de septiembre de

2022];64(4):715.

Disponible

en:

<http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>.

25. Borré Ortiz YM, Vega Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. Cienc enferm (Impresa) [Internet]. 2014 [citado el 15 de septiembre de 2022];20(3):81–94. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300008&lng=es.

26. Barragán Becerra JA, Manrique Abril FG. Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. Av enferm [Internet]. 2010 [citado el 15 de septiembre de 2022]; 28(2):48–61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002010000200005&script=sci_abstract&lng=es.

27. Soto-Becerra P, Virú-Loza MA, Elorreaga OA, Amaya E, Mezones-Holguin E, Ramírez-Ramírez R, et al. Factores asociados a la calidad de la atención en población adulta afiliada a la Seguridad Social: El caso peruano. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2020 [citado el 15 de septiembre de 2022]; 13(1):14–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.59528>.

28. Montoya Sauna ZM. Nivel de Satisfacción relacionado con la percepción de la Calidad de Atención en puérperas, Hospital Distrital Vista Alegre, 2019. [tesis de maestría]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2020. Recuperado a partir de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/45213>.

29. Herrera Puma, Silvia Angela. Características sociodemográficas asociadas a satisfacción de la calidad de atención del usuario externo de un centro de salud de Arequipa, 2020. [tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa; 2020. Recuperado a partir de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10921>.

30. Borda Corrales EA. Factores relacionados a la calidad de atención en consulta externa del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo Essalud. Arequipa; 2020. [tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2020. Recuperado a partir de

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10932>.

31. Mauricio Salvatierra YJ. Factores sociodemográficos y calidad de atención percibida en consultorios de obstetricia de un Hospital Regional Docente Materno Infantil. [tesis de maestría]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2020. recuperado a partir de

http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/1562/T037_43816537_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

32. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev Peru Med Exp Salud Publica. [internet]. 2019 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 36 (4): 620-8 Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342019000400009&script=sci_arttext.

33. Trujillo Quiroz, D. Nivel de Satisfacción en la Atención Prenatal y su relación con la continuidad de la gestante adolescente, 2019. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. Recuperado a partir de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40438/Trujillo_QD.pdf?sequence=8&isAllowed=y.

34. Murillo JP, Bellido-Boza L, Huamani-Ñahuinlla P, Gárnica-Pinazo G, Munares-García O, Del-Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. An Fac med. [internet]. 2019 [citado el 11 de septiembre de 2022] 80 (3): 288-97. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832019000300003&script=sci_abstract.

35. Velez Salazar E. Nivel de satisfacción de las puérperas en relación a la calidad de atención, hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2016. [tesis doctoral]. Huaraz: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo.; 2019. Recuerdo a partir de: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3666>.

36. Apaza Arenas, Marisol Carolina; Chahuayo Livise, Jeancarlo Enrique. Calidad de servicio del personal de salud y su influencia en la satisfacción de los usuarios atendidos en consulta externa del hospital general Honorio Delgado

Espinoza, Arequipa 2019. [tesis de pregrado]. Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2019. Recuperado a partir de:

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10162>.

37. Cruzado Tineo MS. Satisfacción del usuario del Centro de Atención de Medicina Complementaria - Hospital II de Huamanga, EsSalud - Red Ayacucho, 2018. [tesis de maestría]. Ayacucho: Universidad César Vallejo; 2018. Recuperado a partir de:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29193/cruzado_t_m.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

38. Loayza Effio JA. Calidad de atención en función del nivel de satisfacción obstétrica, de pacientes atendidas en Hospital Huaycán, Lima 2018. [tesis de maestría]. Lima: Universidad César Vallejo; 2018. Recuperado a partir de:

<https://hdl.handle.net/20.500.12692/28873>.

39. Zárate López MM. Nivel de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en los servicios de cirugía general y medicina interna del hospital nacional P.N.P Luís N. Sáenz, agosto – setiembre del 2017 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018. Recuperado a partir de

<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1233>.

40. Rocha Rivero G, Zaira Sacsi D, Atúncar Deza S. Satisfacción con la atención de salud entre los usuarios del ministerio de salud, Essalud y clínicas privadas de chincha, 2017 [ponencia]. Chincha: Universidad Autónoma de Ica; 2017. Recuperado a partir de:

https://autonomadeica.edu.pe/plantilla/investigaciones_institucionales_pdf/2017/SATISFACCI%c3%93N%20CON%20LA%20ATENCI%c3%93N%20DE%20SALUD%202017.pdf.

41. Huanchaco Mota M. Nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional. Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Lima – Perú, 2016 [tesis de pregrado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017. Recuperado a partir de:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8651/Huanchaco_MM.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

42. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* [Internet]. 2005 [citado el 11 de septiembre de 2022];83(4):691–729. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.

43. Committee on Quality Health Care in America IoM. *Crossing the Quality Chasm: a New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.

44. Allen-Duck A, Robinson JC, Stewart MW. Healthcare Quality: A Concept Analysis. *Nurs Forum (Auckl)*. 2017;52(4): 377-386.

45. Donabedian A. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, MI, Health Administration Press; 1980.

46. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L. servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* [internet]. 1988 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 64(1):12-37. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Valarie-Zeithaml-2/publication/225083802_SERVQUAL_A_multiple-Item_Scale_for_measuring_consumer_perceptions_of_service_quality/links/5429a4540cf27e39fa8e6531/SERVQUAL-A-multiple-Item-Scale-for-measuring-consumer-perceptions-of-service-quality.pdf.

47. Mosadeghrad A. A Conceptual Framework for Quality of Care. *Materia Socio Medica*. 2012;24(4):251.

48. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* [Internet]. 1988 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 260(12):1743–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>.

49. Ameh S, Gómez-Olivé FX, Kahn K, Tollman SM, Klipstein-Grobusch K. Relationships between structure, process and outcome to assess quality of integrated chronic disease management in a rural South African setting: applying a structural equation model. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [citado el 11

de septiembre de 2022]; 17(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-017-2177-4>.

50. Gronroos C. A Service Quality Model and its Marketing Implications. *Eur J Mark*. 1984;18(4): 36-44.

51. Zeithaml VA, Bitner MJ, Gremler DD. *Services Marketing Strategy: Integrating Customer Focus Across the Firm*. Wiley International Encyclopedia of Marketing. 2013.

52. Oliver RL. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *J Mark Res [Internet]*. 1980 [citado el 11 de septiembre de 2022];17(4):460. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3150499>.

53. Oliver RL, Balakrishnan PV (sundar), Barry B. Outcome satisfaction in negotiation: A test of expectancy disconfirmation. *Organ Behav Hum Decis Process [Internet]*. 1994 [citado el 11 de septiembre de 2022];60(2):252–75. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749597884710831>.

54. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *J Mark*. 1985; 49(4):41: 41-50.

55. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*. 1992;26(6):767–86.

56. Choi KS, Cho WH, Lee S, Lee H, Kim C. The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *J Bus Res*. 2004 Aug;57(8):913–21.

57. Boulding W, Kalra A, Staelin R, Zeithaml VA. A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *J Mark Res [Internet]*. 1993 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 30(1):7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/3172510>.

58. Brady MK, Cronin JJ Jr. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *J Mark [Internet]*. 2001 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 65(3):34–49. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1509/jmkg.65.3.34.18334>.

59. Dabholkar PA, Shepherd CD, Thorpe DI. A Comprehensive Framework for Service Quality: An Investigation of Critical Conceptual and Measurement Issues Through a Longitudinal Study. *Journal of Retailing*. 2000;76(2):139–73.
60. Trzeciak S, Gaughan JP, Bosire J, Mazzairelli AJ. Association Between Medicare Summary Star Ratings for Patient Experience and Clinical Outcomes in US Hospitals. *J Patient Exp*. 2016 Mar 1;3(1):6–9.
61. Brédart A, Bottomley A. Treatment satisfaction as an outcome measure in cancer clinical treatment trials. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* [Internet]. 2002 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 2(6):597–606. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1586/14737167.2.6.597>.
62. Gu D, Yang X, Li X, Jain HK, Liang C. Understanding the role of Mobile Internet-based Health Services on patient satisfaction and word-of-mouth. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018 [citado el 16 de septiembre de 2022];15(9):1972. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph15091972>.
63. Ferrand YB, Siemens J, Weathers D, Fredendall LD, Choi Y, Pirrallo RG, et al. Patient satisfaction with healthcare services A critical review. *Qual Manag J* [Internet]. 2016 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 23(4):6–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10686967.2016.11918486>.
64. Rodriguez HP, Rodday AMC, Marshall RE, Nelson KL, Rogers WH, Safran DG. Relation of patients' experiences with individual physicians to malpractice risk. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008 Feb;20(1):5–12.
65. Poulos GA, Brodell RT, Mostow EN. Improving quality and patient satisfaction in dermatology office practice. *Arch Dermatol* [Internet]. 2008 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 144(2):263–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archdermatol.2007.58>.
66. Kamuzora P, Gilson L. Factors influencing implementation of the Community Health Fund in Tanzania. *Health Policy Plan*. 2007 Mar;22(2):95–102.
67. Bakar C, Seval Akgün H, al Assaf AF. The role of expectations in patient assessments of hospital care: An example from a university hospital network, Turkey. *Int J Health Care Qual Assur*. 2008 Jun 13;21(4):343–55.

68. Shirley ED, Sanders JO. Patient satisfaction: Implications and predictors of success. *J Bone Joint Surg Am* [Internet]. 2013 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 95(10): e69. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.L.01048>.
69. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* [Internet]. 2006 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 19(1):60–92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/09526860610642609>.
70. Urden LD. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Manag.* 2002;6(3):125–31.
71. Oliver RL. Measurement and Evaluation of Satisfaction Processes in Retail Settings. *Journal of Retailing.* 1981; 57(3), 25-48.
72. Fox JG, Storms DM. A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Soc Sci Med A* [Internet]. 1981 [citado el 16 de septiembre de 2022];15(5):557–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6976620/>.
73. Linder-Pelz SU. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* [Internet]. 1982 [citado el 16 de septiembre de 2022];16(5):577–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7100990/>.
74. Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* [Internet]. 1983 [citado el 16 de septiembre de 2022];6(3–4):247–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10267253/>.
75. Fitzpatrick R, Hopkins A. Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociol Health Illn.* 1983;5(3): 297-311.
76. Chang C-S, Chen S-Y, Lan Y-T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [citado el 16 de septiembre de 2022];13(1):22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23320786/>.

77. Brett AS, McCullough LB. Addressing requests by patients for nonbeneficial interventions. JAMA [Internet]. 2012 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 307(2):149–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1999>.
78. Salehi A, Jannati A, Nosratnjad S, Heydari L. Factors influencing the inpatients satisfaction in public hospitals: a systematic review. Bali Medical Journal. 2018;7(1): 17-26.
79. Chen Q, Beal EW, Okunrintemi V, Cerier E, Paredes A, Sun S, et al. The Association Between Patient Satisfaction and Patient-Reported Health Outcomes. J Patient Exp. 2019;6(3): 201-209.
80. McGregor AH, Hughes SPF. The evaluation of the surgical management of nerve root compression in patients with low back pain: Part 2: Patient expectations and satisfaction. Spine (Phila Pa 1976). 2002;27(13): 1471-7.
81. Andreassen W. Antecedents to satisfaction with service recovery. Eur J Mark. 2000;34(1–2): 156-175.
82. Caruana A, Money AH, Berthon PR. Service quality and satisfaction – the moderating role of value. Eur J Mark [Internet]. 2000 [citado el 16 de septiembre de 2022]; 34(11/12):1338–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/03090560010764432>.
83. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. Eval Program Plann. 1979;2(3): 197-207.
84. Gilbert GR, Veloutsou C. A cross-industry comparison of customer satisfaction. Journal of Services Marketing. 2006;20(5): 298–308.
85. Kupfer JM, Bond EU. Patient satisfaction and patient-centered care: necessary but not equal: Necessary but not equal. JAMA [Internet]. 2012 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 308(2):139–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.7381>.
86. Golder PN, Mitra D, Moorman C. What is quality? An integrative framework of processes and states. J Mark. 2012;76(4): 1-12

87. Godil SS, Parker SL, Zuckerman SL, Mendenhall SK, Devin CJ, Asher AL, et al. Determining the quality and effectiveness of surgical spine care: Patient satisfaction is not a valid proxy. *Spine Journal*. 2013;13(9): 1006-12.
88. Fenton JJ, Jerant AF, Bertakis KD, Franks P. The cost of satisfaction: A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012;172(5): 405-11.
89. Subramony M, Douglas Pugh S. *Services Management Research: Review, Integration, and Future Directions*. *J Manage*. 2015;41(1): 349-373.
90. Goldstein E, Farquhar M, Crofton C, Darby C, Garfinkel S. Measuring hospital care from the patients' perspective: an overview of the CAHPS Hospital Survey development process: Measuring hospital care from the patients' perspective. *Health Serv Res [Internet]*. 2005 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 40(6 Pt 2):1977–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x>.
91. Kraska RA, Weigand M, Geraedts M. Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expectations*. 2017;20(4): 593-600.
92. Lazarus RS. Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*. 1991;46(4): 352–367.
93. Gooding SKS. Quality, sacrifice, and value in hospital choice. *J Health Care Mark*. 1995;15(4): 24-31.
94. Oliver RL. Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response. *Journal of Consumer Research*. 1993;20(3): 418–430.
95. Goldstein SM, Schweikhart SB. Empirical support for the baldrige award framework in U.s. hospitals. *Health Care Manage Rev [Internet]*. 2002 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 27(1):62–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/00004010-200201000-00006>.
96. Rust, R.t. and Oliver, R.I. *Service Quality Insights and Managerial Implications from the Frontier*. In Rust, R.t. and Oliver, R.I., Eds., *Service Quality New Directions in Theory and Practice [Internet]*. London: Sage Publications;

1994 [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1901562](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1901562).

97. Asabea Addo A, Wang W, Dankyi AB, Abban OJ, Bentum-Micah G. Sustainability of Health Institutions: The Impact of Service Quality and Patient Satisfaction on Loyalty. *European Journal of Business and Management Research*. 2020;5(4).

98. Fornell C, Johnson MD, Anderson EW, Cha J, Bryant BE. The American Customer Satisfaction Index: Nature, purpose, and findings. *J Mark*. 1996;60(4): 7-18.

99. Eklof JA, Hackl P, Westlund A. On measuring interactions between customer satisfaction and financial results. *Total Quality Management*. 1999;10(4-5): 514-522.

100. Jameel A, Asif M, Hussain A, Hwang J, Bukhari MH, Mubeen S, et al. Improving patient behavioral consent through different service quality dimensions: Assessing the mediating role of patient satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23): 4736.

101. Pallas JMA, Jimenez Villa J. *Metodos de Investigacion Clinica y Epidemiologica* [Internet]. 5a ed. Elsevier; 2019 [citado el 15 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/metodos-de-investigacion-clinica-y-epidemiologica/argimon-pallas/978-84-9113-007-9>.

102. Singh AS. Conducting case study research in non-profit organisations. *Qualitative Market Research*. 2014;17(1).

103. Hernández Sampieri, Roberto; Baptista Lucio P, Fernández Collado C. *Metodología de la Investigación*. Vol. 61, McGraw-Hill Interamericana. 2016.

104. McGraw KO, Wong SP. Forming Inferences about Some Intraclass Correlation Coefficients. *Psychol Methods*. 1996;1(1): 30-46.

105. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use*. Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use. 2008.

106. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1): 34–42.
107. Mohajan HK. Two criteria for good measurements in research: validity and reliability. *Annals of Spiru Haret University Economic Series*. 2017;17(4): 56-82.
108. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* [Internet]. 1951 [citado el 15 de septiembre de 2022]; 16(3):297–334. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02310555>.
109. American Educational Research Association (AERA), American Psychological Association (APA), National Council on Measurement in Education (NCME), Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing (Estados Unidos). *Standards for Educational and Psychological testing*. Washington, DC: AERA; 2014.
110. Aiken LR. Content validity and reliability of single items or questionnaires. *Educ Psychol Meas*. 1980;40(4): 955-959.
111. Aiken LR. Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. *Educ Psychol Meas*. 1985;45(1): 131-142.
112. Escurra L. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*. 1988;6(1–2): 103-111.
113. Allen MJ, Yen WM. *Introduction to measurement theory*, Monterey, CA: Brooks/Cole, 1979. Google Scholar. 1979.
114. Cronbach LJ, Meehl PE. Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull*. 1955;52(4): 281-302.
115. Francis DO, McPheeters ML, Noud M, Penson DF, Feurer ID. Checklist to operationalize measurement characteristics of patient-reported outcome measures. *Syst Rev*. 2016;5(1): 129.
116. Orcan F. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis: Which One to Use First? *Egit Psikol Olcme Deger Derg*. 2018; 9(4);414-421

117. Mulaik SA. A Brief History of the Philosophical Foundations of Exploratory Factor Analysis. *Multivariate Behav Res.* 1987;22(3): 267-305.
118. Watkins MW. Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology.* 2018;44(3): 219-246.
119. Fabrigar LR, Wegener DT. Requirements for and decisions in choosing exploratory factor common analysis. In: *Understanding Statistics : Exploratory Factor Analysis.* 2012.
120. Lewis TF. Evidence regarding the internal structure: Confirmatory factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development.* 2017;50(4): 239–247.
121. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología.* 2013;29(3): 1038-1059.
122. Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Barboza-Palomino, M., Aparco, V., & Rodas, N. Evidencias de validez e invarianza factorial de una Escala Breve de Celos en estudiantes universitarios peruanos. *Propósitos y Representaciones.* [internet]. 2018 [citado el 11 de septiembre de 2022]; 6 (2):125-151.Disponible en: <https://revistas.usil.edu.pe/index.php/pyr/article/view/216/463>.
123. Setoodefar M, Tabesh H, Tara F, Eslami S, Nabavi FH, Zare NV, et al. Measurement model of women's preferences in obstetrician and gynecologist selection in the private sector: Exploratory and confirmatory factor analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2020;8(2): 150-163.
124. Montoya O. Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados. Caso de estudio. *Scientia et Technica.* 2007;3: 281-286.
125. Mardia K v. Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika.* 1970;57(3): 519–530.
126. Rodríguez MN, Ruíz-Díaz MA. Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicologica.* 2008;29(2): 205-227.

127. Medrano LA, Muñoz-Navarro R. Aproximación conceptual y práctica a los modelos de ecuaciones estructurales. *Rev Digit Investig Docencia Univ* [Internet]. 2017 [citado el 11 de septiembre de 2022] ;219–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.11.486>.

128. Valdés-Cuervo, A. A.; García-Vázquez, F.; Torres-Acuña, G. M.; Urías-Murrieta, M. & Grijalva-Quíñonez, C. S. *Medición en Investigación Educativa con Apoyo del SPSS y el AMOS*. 1ª Edición. México: Clave editorial; 2019.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos

1. Encuesta SERVQHOS

BLOQUE I: Características Sociales, demográficas y médicas

Título del estudio: : Validación de encuestas SERVQHOS y evaluación de la calidad percibida satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización.

Código		
Edad		
¿Es Ud. quien paga su seguro?	Sí	
	No	
¿Cuál es su situación laboral?	Estudiante	
	Trabaja fuera de casa	
	Desempleada	
	Ama de casa	
¿Cuál es su estado civil?	Casada o conviviente	
	Soltera	
	Viuda	
	Divorciada	
¿Cuál es su grado de instrucción?	Sin estudios	
	Primaria	
	Secundaria	
	Superior técnico	
	Superior universitario	
¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando se hospitalizó?	_____ semanas	
¿Cuántos días estuvo hospitalizada? (llenar al alta)	_____ días	

BLOQUE II: percepción objetiva y subjetiva de la calidad de servicio.

Por favor, marque con una X para evaluar la calidad de servicio en el área de hospitalización de acuerdo con el siguiente cuadro

1	2	3	4	5
Mucho peor de lo que pensé	Peor de lo que pensé	Como lo pensé	Mejor de lo que pensé	Mucho mejor de lo que pensé

	Preguntas	1	2	3	4	5
P1	La tecnología de los equipos médicos , instrumentos y materiales para los diagnósticos y tratamientos ha sido					
P2	La apariciencia (limpieza, uniforme correcto y en buen estado) del personal de salud ha sido					
P3	La comodidad (la apariencia y el estado) de las habitaciones del hospital ha sido					
P4	La señalización (carteles o símbolos en las puertas y paredes) ha sido					
P5	La puntualidad para iniciar las visitas médicas ha sido					
P6	La información que los médicos le proporcionaron sobre su enfermedad ha sido					
P7	La explicación de los médicos sobre su tratamiento (medicamentos, oxígeno, y otros) que recibió durante su hospitalización fue					
P8	La rapidez con la que le hacían los exámenes solicitados por los médicos ha sido					
P9	La explicación de los médicos sobre los resultados de sus exámenes de laboratorio ha sido					
P10	El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido					
P11	La confianza (seguridad) que el personal le transmitía, ha sido					
P12	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido					
P13	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido					
P14	El trato personalizado que se ha recibido por parte de los médicos ha sido					
P15	El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido					
P16	El respeto a su privacidad durante su hospitalización ha sido					
P17	La disposición del personal de obstetricia para ayudarle cuando lo necesitaba ha sido					
P18	El personal médico cumplió con sus promesas, o con lo que dijo que haría					
P19	La calidad y cantidad de la información que los médicos dieron a los familiares ha sido					

BLOQUE III

Satisfacción global						
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	satisfecho	Muy satisfecho		
P20. ¿En general: está Ud. satisfecho con la atención brindada en el hospital?						
Intención de comportamiento						
	No	Tengo dudas	Sí			
P21. ¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital?						
Percepción de la estancia hospitalaria						
P22. El tiempo que ha estado hospitalizada ha sido	Menos del necesario	El necesario	Más de lo necesario			
Evaluación de la Satisfacción e Intenciones de Comportamiento.						
Por favor, marque con una X para evaluar su satisfacción y sus intenciones de acuerdo con el siguiente cuadro						
		1	2	3	4	5
STA1	Mi decisión de visitar este hospital ha sido acertada					
SAT2	Estoy satisfecha con el servicio de salud que recibí en este hospital					
SAT3	El sentimiento general sobre el servicio de atención en este hospital es mejor de lo que esperaba					
IC1	Recomendaré a otras personas que utilicen este hospital					
IC2	Consideraré este hospital como mi primera opción si necesito servicios médicos en el futuro					

2. SERVQUAL

SERVQUAL		EXPECTATIVAS						
<p>En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Hospitalización. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.</p>								
Código								
Fecha ____/____/____			Hora de Inicio			Hora de fin		
N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	E Que todos los días reciba una visita médica							
2	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre la evolución de su problema de salud por el cual permanecerá hospitalizado							
3	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos que recibirá durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos							
4	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los resultados de los análisis de laboratorio							
5	E Que al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa							
6	E Que los trámites para su hospitalización sean rápidos							
7	E Que los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido							
8	E Que los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realicen rápido							
9	E Que los trámites para el alta sean rápidos							
10	E Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud							
11	E Que los alimentos le entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica							
12	E Que se mejore o resuelva el problema de salud por el cual se hospitaliza							
13	E Que durante su hospitalización se respete su privacidad							
14	E Que el trato del personal de obstetricia sea amable, respetuoso y con paciencia							
15	E Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia							
16	E Que el trato del personal de nutrición sea amable, respetuoso y con paciencia							
17	E Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia							
18	E Que el personal de obstetricia muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización							
19	E Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios							
20	E Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios							
21	E Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención							
22	E Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados							

SERVQUAL		PERCEPCIONES							
<p>En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a cómo usted HA RECIBIDO la atención en el servicio de Hospitalización. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.</p>									
Nº		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	P	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?							
2	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?							
3	P	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos?							
4	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?							
5	P	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?							
6	P	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?							
7	P	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?							
8	P	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?							
9	P	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?							
10	P	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?							
11	P	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?							
12	P	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?							
13	P	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?							
14	P	¿El trato del personal de obstetricia fue amable, respetuoso y con paciencia?							
15	P	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?							
16	P	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?							
17	P	El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?							
18	P	El personal de obstetricia mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?							
19	P	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?							
20	P	¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontró limpios?							
21	P	¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?							
22	P	¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?							

3. SERVPERF

SERVPERF										
Califique las preguntas que se refieren a cómo usted HA RECIBIDO la atención en el servicio de Hospitalización. Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.										
Código										
Nº	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7		
1	P	¿Durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?								
2	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?								
3	P	¿Usted comprendió la explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización: beneficios y efectos adversos?								
4	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de los análisis de laboratorio que le realizaron?								
5	P	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?								
6	P	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?								
7	P	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?								
8	P	¿Los exámenes radiológicos (rayos X, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?								
9	P	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?								
10	P	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?								
11	P	¿Los alimentos le entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?								
12	P	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?								
13	P	¿Durante su hospitalización se respetó su privacidad?								
14	P	¿El trato del personal de obstetricia fue amable, respetuoso y con paciencia?								
15	P	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?								
16	P	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?								
17	P	El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?								
18	P	El personal de obstetricia mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización?								
19	P	¿Los ambientes del servicio fueron cómodos y limpios?								
20	P	¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontró limpios?								
21	P	¿Los equipos se encontraron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?								
22	P	¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?								

4. Escala breve de celos

Escala breve de celos					
	Nunca	A veces	Con frecuencia	Muchísimas veces	Siempre
	1	2	3	4	5
1	Si mi pareja pasa mucho más tiempo con otra persona, me sentiría celosa ...				
2	Si mi pareja tiene más atenciones con otra persona que no soy yo, me sentiría celosa...				
3	Si mi pareja me miente y va a un lugar distinto al que me dijo, me sentiría celosa...				
4	Si siento que mi pareja le tiene más confianza a otra persona que, a mí, me sentiría celosa				
5	Si encuentro a mi pareja coqueteando abiertamente con alguien, me sentiría celosa...				
6	Si mi pareja me es infiel, me sentiría celosa				
7	Si mi pareja voltea a ver a otra persona en mi presencia, me sentiría celosa...				
8	Si mi pareja recibe llamadas y se pone nervioso(a) cuando le pregunto, me sentiría celosa				
9	Si mi pareja es reservada en todo y no sé lo que hace y con quién, me sentiría celosa...				
10	Si mi pareja me confiesa que me fue infiel, me sentiría celosa...				
11	Si sorprendo a mi pareja platicando con una ex me sentiría celosa...				

Anexo 2. Evaluación de validez de contenido por jueces

Estimado (a) experto (a)

Luego de saludarlo cordialmente, paso a solicitarle se sirva evaluar la relevancia y la claridad con la cual se ha redactado esta encuesta destinada a *medir la satisfacción del usuario externo en un área de hospitalización*.

Instrucción Marque "SI" al estar de acuerdo con la pertinencia o la claridad de un ítem, y "NO" al considerar que el ítem no es pertinente o no está escrito con claridad; en este caso, puede añadir sus observaciones.

ÍTEM DE LA ENCUESTA	ASPECTOS DE LA VALIDACION							
	PERTINENCIA (la pregunta es importante o relevante para los objetivos de investigación)		CLARIDAD (el lenguaje de la pregunta es entendible, claro y comprensible)		COHERENCIA (la pregunta tiene una relación lógica con la dimensión que está midiendo)		Observaciones	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
P1	La tecnología de los instrumentos, equipos o materiales médicos para los diagnósticos y tratamientos ha sido	x				x	x	Tecnología es un término poco concreto.
P2	La apariencia (limpieza y uniforme) del personal de salud ha sido	x				x	x	Mejor "Uniforme correcto y en buen estado". También debería estar la identificación del personal (nombre y cargo).
P3	La comodidad (la apariencia y el estado) de las habitaciones del hospital ha sido	x				x	x	
P4	La señalización (figuras en las puertas y paredes) ha sido	x				x	x	Cambiar "figuras" por carteles, señales, etc.
P5	La información que los médicos le proporcionaron sobre su enfermedad ha sido	x				x	x	
P6	La explicación de los médicos sobre los medicamentos que recibió durante su hospitalización (beneficios y efectos adversos), fue	x				x	x	Cambiar "medicamentos" por "tratamiento", porque este puede ser farmacológico como no farmacológico.

P7	La puntualidad para iniciar las visitas ha sido	x				x		x		
P8	La información que los médicos dan a los familiares ha sido	x						x	x	Calidad, cantidad y claridad de la información.
P9	Al alta, ¿los médicos le explicaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa?	x				x			x	
P10	El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido	x				x			x	
P11	La rapidez con la que conseguía lo que necesitaba ha sido	x				x			x	
P12	La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesitaba ha sido	x				x			x	
P13	La confianza (seguridad) que el personal le transmitía, ha sido	x				x			x	
P14	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido	x				x			x	
P15	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	x				x			x	
P16	El trato personalizado que se ha recibido ha sido	x				x			x	
P17	El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido	x				x			x	
P18	El interés del personal de obstetricia ha sido	x						x	x	Similar a la P18
P19	El personal cumple con sus promesas, o con lo que dice que hará	x				x			x	
P20	¿En general: está Ud. satisfecho con la atención brindada en el hospital?	x				x			x	
P21	¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital?	x				x			x	Respuestas categóricas: No, Dudá, Si.
P22	El tiempo que ha estado hospitalizada ha sido	x				x			x	

Nombre y apellidos	Claudia Sofia Namizato Ikemiyashiro		
DNI	10474396		
Título de profesión	Médico cirujano, Maestra en Gerencia en Servicios de Salud		
Años de experiencia	16		
Grado académico	Especialista x	Magister x	Doctor
teléfono	951329266		
E-mail	claudianamizato@gmail.com		
fecha	08/12/2020		
Firma			

Estimado (a) experto (a)

Luego de saludarlo cordialmente, paso a solicitarle se sirva evaluar la relevancia y la claridad con la cual se ha redactado esta encuesta destinada a *medir la satisfacción del usuario externo en un área de hospitalización*. Instrucción Marque "SI" al estar de acuerdo con la pertinencia o la claridad de un ítem, y "NO" al considerar que el ítem no es pertinente o no está escrito con claridad; en este caso, puede añadir sus observaciones.

ÍTEM DE LA ENCUESTA	ASPECTOS DE LA VALIDACION							
	PERTINENCIA (la pregunta es importante o relevante para los objetivos de investigación)		CLARIDAD (el lenguaje de la pregunta es entendible, claro y comprensible)		COHERENCIA (la pregunta tiene una relación lógica con la dimensión que está midiendo)		Observaciones	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
P1	La tecnología de los equipos médicos, instrumentos y materiales para los diagnósticos y tratamientos ha sido	x				x		
P2	La apariencia (limpieza, uniforme correcto y en buen estado) del personal de salud ha sido	x				x		
P3	La comodidad (la apariencia y el estado) de las habitaciones del hospital ha sido	x				x	x	La apariencia y el estado no necesariamente determinan la comodidad.
P4	La señalización (carteles o símbolos en las puertas y paredes) ha sido	x				x		
P5	La puntualidad para iniciar las visitas médicas ha sido	x				x		
P6	La información que los médicos le proporcionaron sobre su enfermedad ha sido	x				x		
P7	La explicación de los médicos sobre su tratamiento (medicamentos, oxígeno, y otros) que recibió durante su hospitalización fue	x				x		
P8	La rapidez con la que le hacían los exámenes solicitados por los médicos ha sido	x				x		
P9	La explicación de los médicos sobre los resultados de sus exámenes de laboratorio ha sido	x				x	x	Quizás dejarlo solo en exámenes, como en el ítem anterior
P10	El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido	x				x	x	Mejor en 2da persona

P11	La confianza (seguridad) que el personal le transmitía, ha sido	x				x			x	
P12	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido	x				x			x	
P13	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	x				x			x	
P14	El trato personalizado que se ha recibido por parte de los médicos ha sido	x				x			x	
P15	El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido	x				x			x	
P16	El respeto a su privacidad durante su hospitalización ha sido	x				x			x	
P17	La disposición del personal de obstetricia para ayudarle cuando lo necesitaba ha sido	x							x	
P18	El personal médico cumple con sus promesas, o con lo que dijo que haría	x				x			x	
P19	La calidad y cantidad de la información que los médicos dieron a los familiares ha sido	x				x			x	
P20	¿En general: está Ud. satisfecho con la atención brindada en el hospital?	x				x			x	
P21	¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital?	x				x			x	
P22	El tiempo que ha estado hospitalizada ha sido	x				x			x	

Nombre y apellidos	Guerra García Alberto		
DNI	10137909		
Título de profesión	MÉDICO CIRUJANO		
Años de experiencia	16		
Grado académico	Especialista	Magister x	Maestría en Ciencias de la Salud (MSci) Doctor
teléfono	989830983		
E-mail	tato@upch.pe		
fecha	15/12/2020		
Firma			

Estimado (a) experto (a)

Luego de saludarlo cordialmente, paso a solicitarle se sirva evaluar la relevancia y la claridad con la cual se ha redactado esta encuesta destinada a *medir la satisfacción del usuario externo en un área de hospitalización*.

Instrucción Marque "SI" al estar de acuerdo con la pertinencia o la claridad de un ítem, y "NO" al considerar que el ítem no es pertinente o no está escrito con claridad; en este caso, puede añadir sus observaciones.

ÍTEM DE LA ENCUESTA	ASPECTOS DE LA VALIDACION							
	PERTINENCIA (la pregunta es importante o relevante para los objetivos de investigación)		CLARIDAD (el lenguaje de la pregunta es entendible, claro y comprensible)		COHERENCIA (la pregunta tiene una relación lógica con la dimensión que está midiendo)		Observaciones	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
P1	x		x		x			
P2	x		x		x			
P3	x		x		x			
P4	x		x		x			
P5	x		x		x			
P6	x		x		x			
P7	x		x		x			
P8	x		x		x			
P9	x		x		x			
P10	x		x		x			
P11	x		x		x			
P12	x		x		x			

P13	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido		x		x		x		Los pacientes entenderán a partir de sus explicaciones
P14	El trato personalizado que se ha recibido por parte de los médicos ha sido	x		x		x			
P15	El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido	x		x		x			Nivel o grado
P16	El respeto a su privacidad durante su hospitalización ha sido	x		x		x			
P17	La disposición del personal de obstetricia o de enfermería para ayudarlo cuando lo necesitaba ha sido	x		x		x			
P18	El personal médico cumplió con sus promesas, o con lo que dijo que haría	x		x		x			
P19	La calidad y cantidad de la información que los médicos dieron a los familiares ha sido	x		x		x			
P20	¿En general, está Ud. satisfecho con la atención brindada en el hospital?	x		x		x			
P21	¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital?	x		x		x			
P22	El tiempo que ha estado hospitalizado ha sido								

Nombre y apellidos: Cecilia Herbozo Nory

DNI: 10789724

Título de profesión: Médico cirujano, Doctorado en Medicina

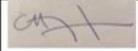
Años de experiencia: 18

Grado académico: Especialista x Magister Doctor x

teléfono: 957644545

E-mail: Cecilia.herbozo.n@upch.pe

fecha: 17 diciembre 2020

Firma: 

Estimado (a) experto (a)

Luego de saludarlo cordialmente, paso a solicitarle se sirva evaluar la relevancia y la claridad con la cual se ha redactado esta encuesta destinada a *medir la satisfacción del usuario externo en un área de hospitalización*.

Instrucción Marque "SI" al estar de acuerdo con la pertinencia o la claridad de un ítem, y "NO" al considerar que el ítem no es pertinente o no está escrito con claridad; en este caso, puede añadir sus observaciones.

ÍTEM DE LA ENCUESTA	ASPECTOS DE LA VALIDACION							
	PERTINENCIA (la pregunta es importante o relevante para los objetivos de investigación)		CLARIDAD (el lenguaje de la pregunta es entendible, claro y comprensible)		COHERENCIA (la pregunta tiene una relación lógica con la dimensión que está midiendo)		Observaciones	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
P1	x		x		x			
P2	x		x		x			
P3	x		x		x			
P4	x		x		x			
P5	x		x		x			
P6	x		x		x			
P7	x		x		x			
P8	x		x		x			
P9	x		x		x			

P10	El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido	x		x		x			
P11	La confianza (seguridad) que el personal le transmita, ha sido	x		x		x			
P12	La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido	x		x		x			
P13	La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	x		x		x			
P14	El trato personalizado que se ha recibido por parte de los médicos ha sido	x		x		x			
P15	El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido	x		x		x			
P16	El respeto a su privacidad durante su hospitalización ha sido	x		x		x			
P17	La disposición del personal de obstetricia o de enfermería para ayudarlo cuando lo necesitaba ha sido	x		x		x			
P18	El personal médico cumplió con sus promesas, o con lo que dijo que haría	x		x		x			
P19	La calidad y cantidad de la información que los médicos dieron a los familiares ha sido	x		x		x			
P20	¿En general, está Ud. satisfecho con la atención brindada en el hospital?	x		x		x			
P21	¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital?	x		x		x			
P22	El tiempo que ha estado hospitalizado ha sido	x		x		x			

Nombre y apellidos: HERNAN AREVALO RUIZ

DNI: 01080628

Título de profesión: MEDICO CIRUJANO – ESPECIALIDAD: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Años de experiencia: 35

Grado académico: Especialista Magister X Doctor

teléfono: 999640179

E-mail: h_arevalo29@hotmail.com

fecha: 11.12.2020

Firma: 

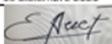
Estimado (a) experto (a)

Luego de saludarlo cordialmente, paso a solicitarle se sirva evaluar la relevancia y la claridad con la cual se ha redactado esta encuesta destinada a **medir la satisfacción del usuario externo en un área de hospitalización**.

Instrucción Marque "SI" al estar de acuerdo con la pertinencia o la claridad de un ítem, y "NO" al considerar que el ítem no es pertinente o no está escrito con claridad; en este caso, puede añadir sus observaciones.

ÍTEM DE LA ENCUESTA	ASPECTOS DE LA VALIDACIÓN							
	PERTINENCIA (¿la pregunta es importante o relevante para los objetivos [investigación]?)		CLARIDAD (el lenguaje de la pregunta es entendible, claro y comprensible?)		COHERENCIA (¿la pregunta tiene una relación lógica con la dimensión que está midiendo?)		Observaciones	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
P1 La tecnología de los equipos médicos, instrumentos y materiales para los diagnósticos y tratamientos ha sido	X		X		X			
P2 La apariencia (limpieza, uniforme correcto y en buen estado) del personal de salud ha sido	X		X		X			
P3 La comodidad (la apariencia y el estado) de las habitaciones del hospital ha sido	X		X		X			
P4 La señalización (carteles o símbolos en las puertas y paredes) ha sido	X		X		X			
P5 La puntualidad para iniciar las vistas médicas ha sido	X		X		X			
P6 La información que los médicos le proporcionaron sobre su enfermedad ha sido	X		X		X			
P7 La explicación de los médicos sobre su tratamiento (medicamentos, oxígeno, y otros) que recibió durante su hospitalización fue	X		X		X			
P8 La rapidez con la que le hacían las exámenes solicitados por los médicos ha sido	X		X		X			
P9 La explicación de los médicos sobre los resultados de sus exámenes de laboratorio ha sido	X		X		X			
P10 El interés del médico para solucionar los problemas del paciente ha sido	X		X		X			

P11 La confianza (seguridad) que el personal le transmite, ha sido	X		X		X		
P12 La amabilidad (cortesía) del personal en su trato ha sido	X		X		X		
P13 La preparación del personal (capacitación) para realizar su trabajo ha sido	X		X		X		
P14 El trato personalizado que se ha recibido por parte de los médicos ha sido	X		X		X		
P15 El grado del personal para comprender sus necesidades ha sido	X		X		X		
P16 El respeto a su privacidad durante su hospitalización ha sido	X		X		X		
P17 La disposición del personal de asistencia o de enfermería para asistirle cuando lo necesitaba ha sido	X		X		X		
P18 El personal médico cumplió con sus promesas, o con lo que dijo que haría	X		X		X		
P19 La calidad y cantidad de la información que los médicos dieron a los familiares ha sido	X		X		X		
P20 ¿En general, está Ud. satisfecho con la atención brindada en el hospital?	X		X		X		
P21 ¿Recomendaría a otra persona hospitalizarse en este hospital?	X		X		X		
P22 El tiempo que ha estado hospitalizado ha sido	X		X		X		

Nombre y apellidos	Esperanza Julia Arce 		
DNI	09511509		
Título de profesión	Médico		
Años de experiencia	23 años		
Grado académico	Especialista en Gineco Obstetricia	Magister en Administración de Servicios de Salud	Doctora en Salud Pública
teléfono	996286300		
E-mail	earcerfontela@gmail.com		
fecha	13 diciembre 2020		
Firma			

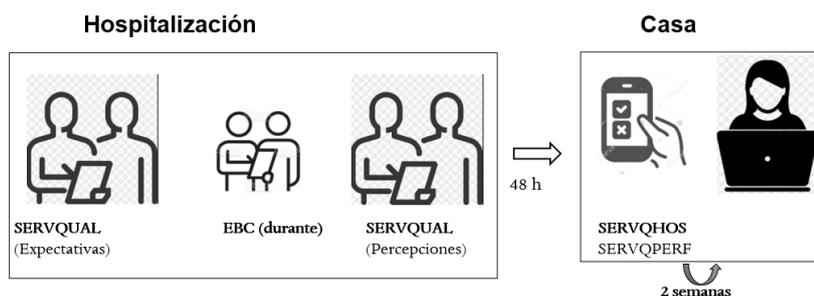
Anexo 3. Formulario de Consentimiento Informado

La saludamos cordialmente y agradecemos anticipadamente su tiempo y colaboración. La presente investigación tiene por Título "Validación de encuestas SERVQHOS y evaluación de la calidad percibida satisfacción e intenciones de comportamiento de pacientes en un área de hospitalización". Es un estudio que tiene por objetivo principal determinar si una encuesta llamada SERVQHOS está adecuadamente diseñada para medir la calidad percibida de la atención en un área de hospitalización,

Invitamos a Ud. a participar en este estudio, y su aceptación es totalmente voluntaria. Si usted accede, se le pedirá responder las preguntas de

- dos encuestas en el área de hospitalización (llamadas SERVQUAL y EBC)
- dos encuestas (llamadas SERVQPERF y SERVQHOS) cuando esté en casa vía WhatsApp o correo electrónico (luego de 2 días del alta)
- Nuevamente la encuesta SERVQHOS, a las 2 semanas de haber respondido las encuestas en casa.

El siguiente esquema explica este proceso



Siendo SERVQUAL, EBC, SERVQPERF y SERVQHOS el nombre de las encuestas. Cada encuesta puede tomar en responderse aproximadamente 15 minutos.

Las respuestas a las encuestas son totalmente anónimas (se analizarán las respuestas solo con un código y se almacenarán en un archivo encriptado, de acceso solo del investigador principal) y su uso será estrictamente para la presente investigación. Los resultados de esta investigación servirán de gran ayuda para mejorar la calidad atención de nuestro servicio, pero si por alguna razón quisiera retirarse del estudio, una vez aceptado, puede hacerlo sin ningún perjuicio para Ud., solamente comunicando su decisión vía telefónica.

El presente estudio está aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, presidido por la Dra. Carla Patricia Postigo Oviedo comitebioeticasabogal@yahoo.com. Si tuviera Ud. un reclamo por coacción u otro motivo durante la invitación para participar o durante el estudio puede escribir a dicho correo.

Si tuviese alguna duda sobre este estudio puede contactarse con el Dr. Oswaldo Tipiani Rodríguez (médico ginecólogo del hospital, encargado del estudio), al teléfono 997454058 o al correo oswaldo5tipi@hotmail.com. Asimismo, puede escribir al mismo correo para saber, si así lo desea, los resultados de la investigación. Desde ya le agradecemos su participación.

Declaración de aceptación: Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada de que el objetivo de este estudio es saber si una de las encuestas (SERVQHOS) sirve realmente para medir la calidad percibida de la atención en pacientes hospitalizados.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al Dr. Tipiani al teléfono anteriormente mencionado.

Fecha

Nombre del Participante

Firma

Yo, Oswaldo Tipiani Rodríguez, he explicado este proyecto a la participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que ella comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha

OSWALDO TIPIANI RODRIGUEZ
Investigador Principal

Anexo 4. Cálculo de la V de Aiken

CLARIDAD									
s (suma de puntajes)	n (número de jueces)	c (número de valores)	intem	Juez 1 Dr Arevalo	juez 2 Dra Namizato	Juez 3 Dra Herbozo	Juez 4 Dra Arce	Juez 5 Dr Guerra García	V de Aiken
5	5	2	P1	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P2	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P3	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P4	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P5	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P6	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P7	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P8	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P9	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P10	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P11	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P12	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P13	1	1	0	1	1	0.8
5	5	2	P14	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P15	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P16	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P17	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P18	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P19	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P20	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P21	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P22	1	1	0	1	1	0.8

PERTINENCIA									
s	n	c	intem	Juez 1 Dr Arévalo	juez 2 Dra Namizato	Juez 3 Dra Herbozo	Juez 4 Dra Arce	Juez 5 Dr Guerra García	V de Aiken
3	5	2	P1	1	0	1	1	0	0.6
4	5	2	P2	1	0	1	1	1	0.8
4	5	2	P3	1	1	1	1	0	0.8
5	5	2	P4	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P5	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P6	1	1	1	1	0	0.8
5	5	2	P7	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P8	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P9	1	1	1	1	0	0.8
4	5	2	P10	1	1	1	1	0	0.8
5	5	2	P11	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P12	1	1	1	1	0	0.8
4	5	2	P13	1	1	0	1	1	0.8
5	5	2	P14	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P15	1	1	1	1	0	0.8
5	5	2	P16	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P17	1	1	1	1	0	0.8
3	5	2	P18	1	0	1	1	0	0.6
5	5	2	P19	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P20	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P21	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P22	1	1	0	1	1	0.8

COHERENCIA									
s	n	c	item	Juez 1 Dr Arévalo	juez 2 Dra Namizato	Juez 3 Dra Herbozo	Juez 4 Dra Arce	Juez 5 Dr Guerra García	V de Aiken
5	5	2	P1	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P2	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P3	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P4	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P5	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P6	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P7	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P8	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P9	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P10	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P11	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P12	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P13	1	1	0	1	1	0.8
5	5	2	P14	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P15	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P16	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P17	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P18	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P19	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P20	1	1	1	1	1	1
5	5	2	P21	1	1	1	1	1	1
4	5	2	P22	1	1	0	1	1	0.8