

Índice de calidad de la asistencia médica según la percepción de estudiantes universitarios, Santo Domingo 2019

Quality index of medical care according to the perception of college students, Santo Domingo 2019

Alberto Mazón Almora*

¹Licenciado en Economía, Doctor en Economía, profesor Titular de la Universidad UNIANDES. Avenida La Lorena Km 3 ½ y Cayapas, Santo Domingo, Ecuador. telef.: 0997785645, almamauma2016@gmail.com, ID: <http://orcid.org/0000-0002-6941-8494>

Fernando Uset Ruiz

²Licenciado en Economía, Doctor en Ciencias Técnicas, profesor Titular de la Universidad Tecnológica Equinoccial. Vía Chone, Km 4 ½. Avenida Italia. Santo Domingo, Ecuador. telef.: 0981562130, fernando.uset@ute.edu.ec; ID: <http://orcid.org/0000-0003-2663-7459>

Para citar este artículo / to reference this article / para citar este artigo

Mazón, A. y Uset, F. (2019). Índice de calidad de la asistencia médica según la percepción de estudiantes universitarios, Santo Domingo 2019. *Avances*, 21(4), 471-483. Recuperado de <http://www.ciget.pinar.cu/ojs/index.php/publicaciones/article/view/491/1584>

Recibido: 18 de julio de 2019

Aprobado: 20 de septiembre de 2019

RESUMEN

El problema abordado fue el desconocimiento de un índice que cuantifique la calidad de la asistencia médica desde la perspectiva de los usuarios. El objetivo es, por tanto, la obtención de dicho índice. Como primera cuestión se partió de la teoría existente en la bibliografía consultada para establecer los

conceptos de asistencia médica y su calidad, y de las dimensiones que la conforman. A partir de aquí se elaboró un instrumento de medición tipo escala de Likert, en base a las dimensiones del concepto de asistencia médica, que fue aplicado a un grupo de 54 estudiantes universitarios, seleccionados como una muestra aleatoria con precisión

de 1 % y confiabilidad 95 %. El procesamiento de los datos confirmó, por una parte, la confiabilidad de la escala y, por otra, arrojó las siguientes estimaciones de las dimensiones: disponibilidad 70.74 %, accesibilidad 75,18 %, aceptabilidad 57,40 %; y del índice de calidad de la asistencia médica 67,77 %. Si como se definió, un nivel del 75 % cae en la categoría de bueno y un nivel de 50 % en la de regular, estos resultados ubican las percepciones más cercanas a la categoría de bueno, exceptuando la dimensión de aceptabilidad, que denota inconformidad en el servicio y puede ser tema de un escrutinio particular.

Palabras clave: derecho a la asistencia médica, escalas de actitud, indicadores e índices.

ABSTRACT

The addressed problem was the lack of an index that quantifies the quality of health care from the perspective of the users. The objective is, therefore, the obtaining of this index. As a matter of first broke it existing

in the literature theory to establish the concepts of medical care and its quality, and dimensions that make it up. From here was an instrument of measuring type Likert scale, based on the dimensions of the concept of health care, which was applied to a group of 54 University students, selected as a random sample with a precision of 1 % and 95% reliability. The processing of the data confirmed. On the one hand, the reliability of the scale and, secondly, threw the following estimates of the dimensions: availability 70.74 %, accessibility 75,18 %, acceptability 57,40 %; and the quality of medical care index 67,77 %. If as defined, a level of 75 % falls into the category of good and a level of 50 % on the regular, these results are perceptions closer to the category of good, except the dimension of acceptability, which denotes dissatisfaction in the service and may be tem a particular scrutiny.

Keywords: right to health care, attitude scales, indicators and indices.

INTRODUCCIÓN

La asistencia médica es uno de los problemas más acuciantes de los llamados "países en vías de desarrollo", lo cual incluye a la mayoría de los habitantes del planeta.

Sin embargo, en honor a la verdad, se puede decir que el esfuerzo por globalizar la asistencia médica a las personas no proviene de épocas tempranas, más bien

esta preocupación es un tanto reciente. Si queremos marcar un hito, aun cuando existen antecedentes, podemos hacerlo con la "Declaración Universal de los Derechos Humanos", en 1948. En su artículo 25 se plantea el derecho que toda persona tiene a la asistencia médica (Conferencia Internacional Americana, 1948). A partir de aquí, otros organismos, organizaciones e

instituciones, tanto privadas como públicas, prestaron atención al tema a través de diferentes acuerdos, como es el caso del artículo 11, "Derecho a la preservación de la salud y el bienestar" de la "Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre", en el que se expresa el derecho que toda persona tiene a la asistencia médica (Naciones Unidas, 1948). Por otro lado, en el artículo 12 del "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" se recoge la obligación de los gobiernos de asegurar la asistencia médica a todos (Council of Europe, 2017).

De igual manera, en el "Protocolo de San Salvador", en su artículo 10, se establece que toda persona tiene derecho a la asistencia sanitaria esencial (Asamblea General de San Salvador, 1988). Así también, en la Constitución de Ecuador, en el artículo 32, se expresa que el estado garantizará la atención integral de salud, así como la salud sexual y la reproductiva (República de Ecuador, 2011).

La asistencia médica se convierte en un derecho de las sociedades. Para poder medir de alguna manera el grado en que se cumple tal derecho, debe preguntarse en primer lugar en qué consiste la asistencia médica, cuánto abarca del tema de la salud humana. Rutstein (1976), citado por Varo (1995), conceptualiza la asistencia médica en un sentido amplio, expresando que es donde se aplican tanto los conocimientos científicos relevantes como los servicios médicos y las intervenciones sanitarias y sociales de la comunidad. En el 2005,

Martínez describe la asistencia médica como proceso que implica la interacción médico-paciente ante un problema de salud de este último.

La asistencia médica opera como un servicio y, en tanto que servicio, se puede hablar de su calidad. Para Forrellat (2014), la calidad se aprecia en la medición de los resultados del proceso, incluyendo la satisfacción de pacientes y familiares. Por su parte, Molina, Quesada, Ulate y Vargas (2004), reconocen la calidad del servicio médico como una prioridad estratégica en el nuevo milenio, y que la calidad asistencial implica lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo iatrogénico, lo cual entienden, maximiza la satisfacción del cliente. Para Aguirre (1991) "la evaluación de la calidad de la atención médica reviste características particulares que hacen necesario un sistema de evaluación congruente con ella, que en forma ágil permita la transformación de los datos obtenidos en información útil para la toma de decisiones" (p. 624).

Jiménez (2004), plantea que la dificultad de definir la buena calidad, estriba en que cada persona tiene su propio concepto de calidad, y esto depende de factores como el nivel educacional, intereses particulares, etc.

Los autores Smith, Fonarow, Piña, Suter, Morgan, Taubert y Antman (2015), aun cuando incorporan la definición de calidad de la asistencia médica dada por un Institute of Medicine como el grado en que los servicios de salud prestados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados de salud deseados y

concuerdan con el conocimiento profesional actual, reconocen que para el médico la calidad es una cuestión de carácter personal, en que el médico se pregunta si hace lo correcto para sus pacientes de manera que se sientan mejor.

Los esfuerzos por medir la calidad de la asistencia médica incluyen la aplicación del sistema ISO, que surgió para certificar la calidad de los procesos de producción. En este sentido, Aguirre-Gas (2008), refiere que este sistema puede certificar que una determinada institución de salud posee una estructura y organización apta para brindar una asistencia médica de calidad, pero esto no da garantías de que así ocurra. Este mismo autor nos dice que es el paciente a quien más le interesa una atención de calidad, por ello es a él a quien debería preguntársele qué entiende por una atención de calidad. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores. De manera que, cuando de calidad se trata, las cosas no parecen estar muy claras. ¿Qué demonios es la calidad?, preguntaba Pirsig desde (1984), citado por Tornero (1996). Este concepto ha sido llevado y traído durante mucho tiempo por diferentes especialistas, que lo han definido atendiendo a su orientación particular, precisamente por su condición de ser algo que todo el mundo entiende, pero difícil de lograrle una definición universal.

La calidad es un concepto esquivo por excelencia, por tanto, al entrar en este campo tratando de lograr un índice de calidad de la atención médica, es prioritario establecer cómo vamos a interpretar la calidad de la atención médica. Así, la calidad quedará definida en este trabajo como el grado en que se cumple el derecho a la asistencia médica. Esta información la brindara el valor del índice de calidad de la asistencia médica calculado.

Hasta este punto, según los autores consultados, se puede conceptualizar la asistencia médica asumida por los autores, que es un proceso donde entran a jugar un conjunto de factores para brindar un servicio de salud, cuya calidad podemos medir por los resultados, que incluyen la satisfacción del paciente y familiares.

La siguiente pregunta es, cuáles son esos factores o dimensiones que componen la asistencia médica y, por ende, se manifiestan en el derecho a la misma y que darán fe de su calidad.

En tanto la asistencia médica es parte integrante del sistema de salud y como tal el derecho a ella se recoge dentro del derecho a la salud, se puede tomar en cuenta lo planteado por la OMS (2013), citada por Sánchez-Torres (2017), que el derecho a la salud consta de cuatro elementos: *Disponibilidad* (existencia suficiente de instalaciones, bienes y servicios de salud). *Accesibilidad* (las instalaciones y servicios accesibles por toda la población). *Aceptabilidad* (el respeto de la ética médica en los servicios y ser culturalmente apropiados...) y *Calidad*

(...satisfacción de la persona porque recibió la atención requerida).

Más ajustado al tema es lo expresado por Wallace y Enriquez-Haass (2001), para los que la ejecución equitativa social de los servicios médicos (asistencia médica) se basa en tres dimensiones: *disponibilidad*, que es la existencia de los servicios necesarios; *accesibilidad*, que las personas dispongan de los medios para utilizar los servicios; y *aceptabilidad*, que los servicios cumplan con las necesidades y *valores* de los usuarios, de manera que se sientan motivados a usarlos. Estos autores mantienen la postura teórica de la OMS. Sin embargo, operan con tres dimensiones. El elemento Calidad, de la OMS, se encuentra subsumido en el criterio de aceptabilidad (si están motivados es porque se encuentran satisfechos), lo cual parece correcto en el sentido de simplificar las cosas sin perder objetividad. Esa clasificación fue adoptada en el trabajo.

La realización del derecho a la asistencia médica de calidad en la práctica social es cada vez más una cuestión de interés del Ecuador y demás países del orbe. Por tal motivo, muchos esfuerzos se han realizado para su medición. Sin embargo, frecuentemente se enfocan desde la perspectiva de los centros hospitalarios y de salud y, se utilizan indicadores cuya complejidad y rigidez dificultan la medición e interpretación. Por supuesto, que esta observación no se encamina a desvalorizar lo que se ha hecho al respecto, sino que, abogamos porque el fuerte de las

valoraciones acerca de la atención médica y su calidad, dimane de los usuarios de los servicios: la población. Las personas, no obstante, no ser especialistas, sí son capaces de percibir a fuer de sus experiencias, las realidades del sistema de atención médica imperante en su país o zona de residencia. Solamente hay que hacerle las preguntas adecuadas.

Herdman, Badía y Berra (2001) consideran que para medir calidad de vida se debe utilizar cuestionarios de aplicación rápida y sencilla, para obtener resultados válidos y confiables, lo cual es una opción totalmente válida para la medición de la atención médica.

Hasta aquí se cuenta con las definiciones conceptuales necesarias, de la variable asistencia médica y sus dimensiones: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, lo que da pie a su operacionalización.

La calidad de la asistencia médica, definida arriba como el grado en que esta se cumple, quedará entonces definida por el grado en que se cumplen las mencionadas dimensiones. Luego, un índice de calidad de la asistencia médica, informará del nivel de calidad alcanzado a través de un valor que será la expresión cuantitativa de una combinación particular del nivel de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, percibido por las personas.

Por todo lo anterior, se define como objetivo determinar el índice de calidad de la asistencia médica.

MATERIALES Y MÉTODOS

Selección de la muestra

Se tomó como fuente de información una muestra de "n" estudiantes universitarios de la ciudad de Santo Domingo, Ecuador. El procedimiento consistió en seleccionar aleatoriamente una universidad, una carrera y un año, aplicando el instrumento de medición a los estudiantes del mismo. Se asumió que los estudiantes provienen, en lo social, de una masa heterogénea, lo que pudiera conferirles cierta representatividad de la población. Por otro lado, y debido al desarrollo intelectual que han alcanzado, también se supuso que contaban con la capacidad de juicio suficiente para emitir sus criterios sobre un tema que, además, con cierta certeza, puede considerarse que ha formado parte de sus experiencias de vida. La muestra estuvo conformada por 54 estudiantes, de la población de estudiantes universitarios que, por razones prácticas, esta última se consideró infinita.

Precisión

El error máximo admisible "e" se calculó para una p máxima ($p= 0,5$) y una confiabilidad del 95% ($Z= 1,96$)

A partir del tamaño de la muestra y la fórmula correspondiente, se estimó el error máximo admisible o precisión "e", para una $p=0,5$ (máxima) y $Z=1,96$ (95% de confiabilidad), encontrando que $e=0,01$ (1%), suficientemente pequeño, para en este caso, asegurar una adecuada calidad estadística en los resultados.

Instrumento de medición

El instrumento de medición se conformó tomando como base las escalas de Likert de Hernández (2010) con la operacionalización de las tres dimensiones ya mencionadas, en forma de afirmaciones positivas:

Afirmación 1: Disponibilidad. En la ciudad existe una cantidad suficiente de instalaciones y personal capacitado de salud, para garantizar un servicio de asistencia médica de calidad.

Afirmación 2: Accesibilidad: Mi familia y yo disponemos de los medios socio-económicos necesarios para acceder a los servicios de asistencia médica que brinda la ciudad.

Afirmación 3: Aceptabilidad. Todas las veces me he sentido satisfecho con los servicios de asistencia médica que hemos recibido mi familia y yo las veces que los hemos necesitado.

Cada afirmación está codificada y categorizada como sigue: (5) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo. En cada afirmación el encuestado elige una sola categoría, conforme a su opinión.

Confiabilidad y validez del instrumento de medición

Para la confiabilidad de la escala se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach según Hernández *et al.* (2010), calculado con ayuda del paquete estadístico SPSS. La validez de contenido, se basó en el dominio de la variable postulado por la teoría

asumida de la literatura consultada (Hernández *et al.*, 2010).

Índice para la medición de la calidad

Para cada afirmación "i" se calculó un indicador de calidad "Ii", cuyo valor será una estimación del nivel de calidad de la dimensión "i" correspondiente, percibido por los estudiantes. Como tenemos m=3 afirmaciones, una para cada dimensión, entonces:

i= 1, 2, 3; e:

I1: Indicador de la afirmación 1 (correspondiente a la dimensión disponibilidad)

I2: Indicador de la afirmación 2 (correspondiente a la dimensión accesibilidad)

I3: Indicador de la afirmación 3 (correspondiente a la dimensión aceptabilidad)

Se declaró:

Aj: valor de la j-ésima clasificación; j= 1, 2, 3, 4, 5 (A1=5, A2=4, A3=3, A4=2, A5=1)

Xij: valor de la i-ésima afirmación en la j-ésima clasificación

Se tiene que: $I_i = 100 \cdot \sum_j A_j X_{ij} / A_1 \cdot n$ (queda expresado en por ciento).

El indicador "Ii" calculado para cada afirmación dio una información fragmentada de los elementos de calidad de la asistencia médica, pues miden por separado las afirmaciones. De aquí la necesidad del índice, que tomará en cuenta las tres afirmaciones, sintetizando la información. Esto es,

$I_{est} = \sum I_i / m$, que es una estimación del índice de calidad de la asistencia médica.

Si existiese intención de asignar distintos pesos a las dimensiones representadas por las afirmaciones, bien sea por entender que no son de igual importancia o a fin de verificar alguna hipótesis, etc., se pueden usar ponderaciones, por lo que se tendría un índice ponderado, como una representación más objetiva de la realidad. En este caso, la fórmula sería:

$I_{est}(\text{ponderado}) = \sum p_i I_i / \sum p_i$, p_i son las ponderaciones y $\sum p_i = 1$

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Obviamente, el primer resultado encontrado fue el arrojado por la encuesta, que aparece en la Tabla 1. Las mayores concentraciones de respuestas están en las clasificaciones (4) "De acuerdo" y (3) "Ni de acuerdo, ni en desacuerdo", lo que parece

razonable, por la propiedad de los datos de gravitar usualmente en torno a una tendencia central. Otra cuestión a destacar es la, relativamente elevada cifra, de la clasificación (1) "Muy en desacuerdo", en la afirmación 3.

Tabla 1. Resultado de aplicar el instrumento de medición.

Afirmaciones	Muy de acuerdo (5)	De acuerdo (4)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (3)	En desacuerdo (2)	Muy en desacuerdo (1)	Suma columnas
1	3	22	14	13	2	54
2	10	24	17	3	0	54
3	4	13	18	10	9	54
Suma filas	17	59	49	26	11	162

Fuente: encuestas.

Confiabilidad y validez del instrumento de medición

El cálculo del alfa de Cronbach arrojó un valor de 0,95; lo cual es indicativo de una elevada consistencia interna o fiabilidad de la escala. En el caso de la validez de contenido, la escala cumple con este criterio por cuanto los ítems o afirmaciones reflejan la totalidad de las dimensiones establecidas por la teoría adoptada, como ya se comentó.

Índice para la medición de la calidad percibida

Antes de obtener el índice fue conveniente efectuar algunas operaciones que arrojaron claridad a los cálculos posteriores.

En este punto, se elaboraron dos tablas para asentar las puntuaciones máximas en cada clasificación, primero para una afirmación (*Tabla 2*) y después para las tres afirmaciones (*Tabla 3*). La importancia de estas tablas es la expresión en porcentajes de los resultados, que facilitaron la interpretación.

Tabla 2. Valores máximos y porcentajes para una afirmación

Categorías	Código	No. de afirmaciones	Valor Máximo	Porcentaje	Interpretación
Muy de acuerdo	5	1	$5 \times 1 \times 54 = 270$	$(270/270) \times 100 = 100\%$	Muy bueno
De acuerdo	4	1	$4 \times 1 \times 54 = 216$	$(216/270) \times 100 = 80\%$	Bueno
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	1	$3 \times 1 \times 54 = 162$	$(162/270) \times 100 = 60\%$	Regular
En desacuerdo	2	1	$2 \times 1 \times 54 = 108$	$(108/270) \times 100 = 40\%$	Malo
Muy en desacuerdo	1	1	$1 \times 1 \times 54 = 54$	$(54/270) \times 100 = 20\%$	Muy malo

Tabla 3. Valores máximos y porcentajes para las tres afirmaciones.

Categorías	Código	No. de afirmaciones	Valor Máximo	Porcentaje	Interpretación
Muy de acuerdo	5	3	$5 \cdot 3 \cdot 54 = 810$	$(810/810) \cdot 100 = 100\%$	Muy bueno
De acuerdo	4	3	$4 \cdot 3 \cdot 54 = 648$	$(648/810) \cdot 100 = 80\%$	Bueno
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3	$3 \cdot 3 \cdot 54 = 486$	$(486/810) \cdot 100 = 60\%$	Regular
En desacuerdo	2	3	$2 \cdot 3 \cdot 54 = 324$	$(324/810) \cdot 100 = 40\%$	Malo
Muy en desacuerdo	1	3	$1 \cdot 3 \cdot 54 = 162$	$(162/810) \cdot 100 = 20\%$	Muy malo

Indicadores de calidad percibida para cada afirmación

Utilizando la expresión $I_i = 100 \cdot \sum_j A_j X_{ij} / A_1 \cdot n$, y los resultados de las Tablas 1 y 2, se obtuvo que:

Para la primera afirmación (disponibilidad), la percepción muestral fue:

$$I_1 = 100(3 \cdot 5 + 22 \cdot 4 + 14 \cdot 3 + 13 \cdot 2 + 2 \cdot 1) / 5 \cdot 54 = 100(15 + 88 + 42 + 26 + 20) / 270 = 100 \cdot 191 / 270 = 70.74\% \text{ (A medio camino entre "regular" y "bueno" (según Tabla 2).)}$$

Para la segunda afirmación (accesibilidad), la percepción muestral fue:

$$I_2 = 100(10 \cdot 5 + 24 \cdot 4 + 17 \cdot 3 + 3 \cdot 2 + 0 \cdot 1) / 270 = 100(50 + 96 + 51 + 6 + 0) / 270 = 100 \cdot 203 / 270 = 75.18\% \text{ (Más cercano a "bueno", por abajo, según Tabla 2)}$$

Para la tercera afirmación (aceptabilidad), la percepción muestral fue:

$$I_3 = 100(4 \cdot 5 + 13 \cdot 4 + 18 \cdot 3 + 10 \cdot 2 + 9 \cdot 1) / 270 = 100(20 + 52 + 54 + 20 + 9) / 270 = 100 \cdot 155 / 270 = 57.40\% \text{ (Más cercano a "regular", por abajo (según Tabla 2).)}$$

Índice de calidad percibida

Promediando los valores de los indicadores tendremos que, el índice estimado será: $I_{est} = \sum_i I_i / m = (70.74 + 75.18 + 57.40) / 3 = 67.77\%$ (más cercano al nivel "regular", por encima (según la Tabla 3).

Al discutir lo logrado con el trabajo, es conveniente destacar algunos puntos sobresalientes, tanto favorables como desfavorables.

Evidentemente, el trabajo está limitado en cuanto al tamaño de la muestra y sus características. Esta es una cuestión inherente a los procedimientos de muestreo con la que nunca se está conforme. En su descargo, podemos decir, que se partió de un supuesto de variabilidad, máxima y una alta confiabilidad, con todo, el error fue muy pequeño. Por otra parte, tampoco se ha pretendido trascender la inferencia más allá de la población de estudiantes universitarios.

Otra cuestión a ponerse en tela de juicio es el hecho de haber seleccionado un solo indicador para cada dimensión. Pero

esto también podría ser tema de discusión. Aquí se pueden plantear los puntos de vista tenidos en cuenta. El primero es la sencillez de la información solicitada, no le crea complicaciones mentales al encuestado y puede concentrar todas sus experiencias en las respuestas, afinando su percepción. Esa misma sencillez garantiza una información rápida sobre el fenómeno abordado, que puede dar pie a ulteriores pesquisas más profundas y particulares, como en este caso, que los resultados muestran una cierta inconformidad con la "aceptabilidad" (Herdman, Badía y Berra, 2001).

Está el aspecto económico, se obtiene información no solo con rapidez sino también a costos relativamente bajos. Además, con cuántos indicadores por dimensión nos sentiríamos satisfechos. Una pregunta difícil de responder bajo el prisma de la lógica más simple.

El instrumento es harto confiable si nos apoyamos en el valor del alfa de Crombach alcanzado y válido en términos de contenido. Los indicadores del nivel calidad

CONCLUSIONES

En el trabajo se desarrolla una metodología sencilla y eficaz que cuantifica los postulados teóricos, para dar cumplimiento al objetivo trazado. Incluye un instrumento válido y confiable, e indicadores que cumplen las propiedades estadísticas deseables. Se obtienen valores de las percepciones de los estudiantes en lo concerniente a las dimensiones que conforman la calidad de la asistencia médica, así como un índice del nivel de esta

estimada de cada dimensión se obtienen con facilidad y son expresados en porcentajes, lo que admite fácil interpretación. De manera similar ocurre con el índice estimado de calidad de la asistencia médica.

Los valores de los indicadores ponen de manifiesto una percepción más positiva en las dimensiones de disponibilidad (I1= 70,74 %) y accesibilidad (I2= 75,18 %), que en la aceptabilidad (I3= 57,40 %). Este último valor hace descender al índice estimado de calidad de la asistencia médica (Iest= 67,77 %), toda vez que se obtiene promediando los tres valores anteriores. Lógicamente, este resultado pudiera variar bajo algún criterio de ponderación que diese diferentes pesos a los indicadores. Por ejemplo, si la aceptabilidad se considerase doblemente más importante que las otras dos, tendríamos que:

$$\begin{aligned} I_{est}(\text{ponderado}) &= (0,25 \cdot I1 + 0,25 \cdot I2 + 0,50 \cdot I3) / (0,25 + 0,25 + 0,50) \\ &= (0,25 \cdot 70,74 + 0,25 \cdot 75,18 + 0,50 \cdot 57,40) / 1 \\ &= 17,685 + 18,795 + 28,7 = 63,18 \%. \end{aligned}$$

última. Su expresión porcentual no da pie a interpretaciones erróneas. Las dimensiones disponibilidad y accesibilidad reciben una calificación más bien alta, no así la dimensión de aceptabilidad, lo que denota inconformidad con el servicio. Esta es una información valiosa para la toma de decisiones en la implementación de nuevas políticas, o redireccionamiento de las ya existentes, con vista a elevar la calidad de la asistencia médica. La estructura del

índice de calidad admite ponderaciones, ampliando las posibilidades de análisis.

En cualquier caso, no debemos olvidar las limitaciones naturales de los resultados del trabajo, que están basados en una muestra, susceptible a error por el mismo proceso de muestreo, y el hecho de que cualquier

inferencia apoyada en la Estadística, no debería rebasar los límites de la población de la cual se extrajo la muestra. Con todo y ello, el trabajo aporta una visión bastante esclarecedora del fenómeno estudiado y, bajo ciertas suposiciones, se podrían extender sus resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Gas, H. G. (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cirugía y Cirujanos*, 76(2), 187-196. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2008/cc082o.pdf>
- Aguirre, H. (1991). Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*, 33(6), 623-629. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10633610.pdf>
- Asamblea General de San Salvador (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". Recuperado de http://www.hchr.org.co/documento/seinformes/documentos/html/pactos/protocolo_san_salvador.html
- Conferencia Internacional Americana. (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. IX Conferencia Internacional Americana. Colombia. 6 p. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion%20Americana_de_los_Derechos_y_Deberes_del_Hombre_1948.pdf
- Council of Europe (2017). *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y su Protocolo*. Recuperado de <https://www.coe.int/es/web/compass/international-covenant-on-economic-social-and-cultural-rights>
- Forrellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 30(2), 179-183. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892014000200011
- Herdman, M., Badía, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Atención primaria*, 27(5), 438-453. Recuperado de

- <https://core.ac.uk/download/pdf/82225711.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* Vol. 3. México: McGraw-Hill. 245 p.
- Jiménez, R. E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430104>
- Martínez, L. A. (2005). La atención médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico al estudio de la asistencia médica. *MediSur*, 3(2), 31-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180019826008.pdf>
- Molina, M., Quesada, L. D., Ulate, D., y Vargas, S. (2004). La calidad en la atención médica. *Medicina Legal Costa Rica*, 21(1), 109-117. Recuperado de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007
- Naciones Unidas (1948). *La Declaración Universal de los Derechos Humanos*. 9 p. Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- República de Ecuador (2011). Constitución de la República del Ecuador. 136 p. Recuperado de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/4577/Resumenes/Resumen_457749297021_1.pdf
- Smith, S. C., Fonarow, G. C., Piña, I. L., Suter, R., Morgan, L., Taubert, K. y Antman, E. (2015). Mejorar la calidad de la asistencia cardiaca: un imperativo mundial. *Revista Española de Cardiología*, 68(11), 924-927. Recuperado de <https://www.revespcardiol.org/es-mejorar-calidad-asistencia-cardiaca-un-articulo-S0300893215004029>
- Tornero, M. E. (1996). *Evaluación de la calidad asistencial en Servicios Sociales*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Psychosocial Intervention*, 5(14), 23-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2015731>
- Varo, J. (1995). La calidad de la atención médica. *MedClin*, 104, 538-40. Recuperado de <http://files.gsaludpublica.webnode.com.ve/200000070-89e9d8b3ac/CALIDAD%20DE%20ATENCION%20MEDICA,%20Espa%C3%B1a,%201995.pdf>
- Wallace, S. P., y Enriquez-Haass, V. (2001). Disponibilidad, accesibilidad

y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 18-28. Recuperado de https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892001000700004&script=sci_arttext&lng=pt

Avances journal assumes the Creative Commons 4.0 international license