

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA

**CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE
LA ESCALA SATISFACCIÓN 1.0 PARA EVALUAR LA
SATISFACCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
EN UN HOSPITAL DE PERÚ ESSALUD,
PERIODO OCTUBRE 2023 –
SETIEMBRE 2024**

TESIS

PRESENTADA POR:

M.Sc. NEIL ALFREDO ADOLFO FLORES VALDEZ

Para optar el Grado Académico de:

DOCTOR EN EPIDEMIOLOGÍA

TACNA - PERÚ


2025

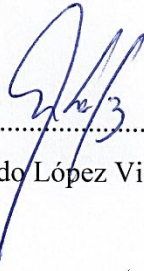
UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN EPIDEMIOLOGÍA


**CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA
SATISFACCIÓN 1.0 PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE
HOSPITALIZADO EN UN HOSPITAL DE PERÚ
ESSALUD, PERIODO OCTUBRE 2023 – SETIEMBRE 2024**

Tesis sustentada y aprobada el 26 de junio del 2025; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente

SECRETARIO : 
Dr. Eduardo López Villanueva

MIEMBRO : 
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESOR : 
Dra. Rina María Álvarez Becerra

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Dra. Rina María Álvarez Becerra, en mi condición de asesora acreditada con RESOLUCION ESCUELA DE POSGRADO N° 12877-2023-ESPG/UNJBG. Tacna, 18 de agosto del 2023, del trabajo de tesis titulado: "CONSTRUCCIÓN, VALIDACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESCALA SATISFACCIÓN 1.0 PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN UN HOSPITAL DE PERÚ ESSALUD, PERIODO OCTUBRE 2023 - SETIEMBRE 2024", presentado por el señor Neil Alfredo Adolfo Flores Valdez, para optar el Grado Académico de Doctor en Epidemiología.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajo de investigación y producción intelectual, considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 7%.

Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis y está de acuerdo al nivel PERMITIDO, para continuar con los trámites correspondientes y para su publicación en el repositorio institucional.

Se emite el presente certificado a solicitud del interesado con fines de continuar con los trámites respectivos para la obtención del Grado Académico de Doctor en Epidemiología

Tacna, 8 de junio 2025

FIRMA ASESOR
Nombres y apellidos

.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra
DNI N°00425041



FIRMA TESISTA
Nombres y apellidos

.....
Sr. Neil Alfredo Adolfo Flores Valdez
DNI N°29427517



DEDICATORIA

A ti Señor Dios, por permitir conocer y aportar a mi comunidad con un conocimiento que intenta mejorar la calidad de vida de la población.

A mis pacientes, por ser la inspiración para la realización de esta obra.

A Carolyn, mi esposa, por su amor, paciencia y sugerencias; a mis hijos Carlos Manuel y Neil Alessandro, por su amor y tiempo.

A mi papá Adolfo, que hasta hoy me acompaña; a mi mamá Julia, que está ya en la eternidad, a quien siempre la tengo presente y, a mi hermano Adolfo, por su confianza y fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes anónimos del área de hospitalización del Servicio de Medicina del Hospital III DAC Red Asistencial Tacna, que colaboraron en la realización de este estudio: sin su apoyo, no se hubiera podido completar este estudio.

Al Dr. Julio César Centeno, Jefe del Servicio de Medicina, por su apoyo, amistad y dedicación por mejorar la calidad de atención del nuestro servicio médico.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
RESUMO.....	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Identificación del problema.....	3
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos.....	4
1.3. Justificación práctica.....	5
1.4. Alcances y limitaciones.....	5
1.5. Objetivo de la investigación.....	6
1.5.1. Objetivo general.....	6
1.5.2. Objetivo específico	6
1.6. Hipótesis.....	7
1.6.1. Hipótesis general.....	7
1.6.2. Hipótesis específica	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del estudio.....	8
2.1.1. Antecedentes a nivel internacional	8
2.1.2. Antecedentes a nivel nacional.....	15
2.2. Bases teóricas	18
2.2.1 Validación.....	18
2.2.2. Confiabilidad	46
2.2.3. Satisfacción en salud.....	47
2.3. Definición de términos básicos	48
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	50
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	50

3.2. Población y muestra	50
3.2.1. Población	50
3.2.2. Muestra	50
3.2.3. Variables	51
3.2.4. Operacionalización de las variables.....	52
3.2.5. Etapas del estudio	58
3.3. Técnicas e instrumentos para recolección de datos.....	64
3.3.1. Técnicas	64
3.3.2. Instrumentos.....	64
3.4. Procesamiento y análisis de datos	65
3.5. Aspectos éticos.....	66
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	68
DISCUSIÓN	120
CONCLUSIONES	132
RECOMENDACIONES.....	134
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135
ANEXOS	157

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Planteamientos para estimar la validez de contenido	19
Tabla 2. Tabla de Lawshe para determinar el valor numérico mínimo de RVC	22
Tabla 3. El valor numérico mínimo del IVC	23
Tabla 4. Métodos de extracción de factores en el análisis factorial exploratorio (AFE)	29
Tabla 5. Métodos para determinar el número de factores a ser retenidos para aplicar el análisis factorial exploratorio (AFE).....	34
Tabla 6. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio (AFC)	39
Tabla 7. V de Aiken sobre el aspecto de Relevancia de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	74
Tabla 8. V de Aiken sobre aspecto de Representatividad. de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	77
Tabla 9. V de Aiken sobre aspecto de Claridad. de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	81
Tabla 10. Evaluación de expertos V de Aiken, tres aspectos de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	83
Tabla 11. Razón de validez de contenido (RVC) sobre aspecto de Relevancia. Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	84
Tabla 12. Índice de validez de contenido (IVC) de acuerdo al criterio de Relevancia. Evaluación de Expertos. Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	87
Tabla 13. Evaluación de expertos; coeficiente W de Kendall (W) por cada dimensión. Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	89

Tabla 14. Evaluación del instrumento por el grupo piloto (n=50). Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	90
Tabla 15. Unidireccionalidad de la muestra como criterio de pertinencia del análisis factorial. Servicio de Medicina. Escala de Satisfacción 1.0NF. Hospital III DAC EsSalud	92
Tabla 16. Prueba de KMO y esfericidad de Bartlett. Como criterio de pertinencia del análisis factorial. Servicio de Medicina. Escala de Satisfacción 1.0NF. Hospital III DAC EsSalud	95
Tabla 17. Comunalidades de los factores. Satisfacción en salud 1.0 NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	96
Tabla 18. Varianza total explicada, satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina Hospital DACIII EsSalud 2023-2024.....	99
Tabla 19. Matriz del factor rotado. Satisfacción en salud 1.0NF Servicio de Medicina. Hospital DAC III 2023-2024.....	102
Tabla 20. Análisis Multivariante de los ítems. Satisfacción en salud 1.0 NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC EsSalud	105
Tabla 21. Distribución de los datos de la muestra. Prueba de Mardia y criterios de normalidad para determinar la normalidad multivariante. Satisfacción en salud 1.0NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	107
Tabla 22. Distribución de los datos de la muestra. Prueba de Shapiro Wilk. Satisfacción en salud 1.0NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	108
Tabla 23. Índice de ajuste del análisis factorial confirmatorio por método de los cuadrados mínimos ponderados (ULS) y booptramps. Satisfacción en salud 1.0NF: Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	109
Tabla 24. Confiabilidad general por dimensiones del instrumento satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina Hospital III DAC2023-2024	112
Tabla 25. Dimensiones y preguntas de la Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina.	116

Tabla 26. Nivel de satisfacción global. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024.....	117
Tabla 27. Recomendar a familiares o amigos para ser atendidos en el área hospitalización. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	118

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Sexo de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2023 – 2024.....	68
Figura 2. Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024.....	69
Figura 3. Lengua materna de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024.....	70
Figura 4. Estado civil de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	71
Figura 5. Comorbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024	72
Figura 6. Comorbilidad y multimorbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital DACIII 2023 – 2024.....	73
Figura 7. Gráfico de sedimentación de factores. satisfacción en salud 1.0 NF. Servicio de Medicina del Hospital III DAC 2023 – 2024.....	101
Figura 8. Diagrama de trayectoria. Variables latentes o dimensiones y variables observadas o ítems o preguntas de la escala en estudio. Satisfacción en salud 1.0NF: Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024.....	110
Figura 9. Diagrama de trayectoria.variabilidad de las respuestas de cada pregunta. Satisfacción en salud 1.0NF: Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024.....	111
Figura 10. Nivel de satisfacción global. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	117
Figura 11. Nivel de satisfacción global. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024	118

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue evaluar si la escala de satisfacción en salud 1.0NF es efectiva para medir la satisfacción de los pacientes hospitalizados en EsSalud. La metodología utilizada fue cuantitativa, prospectiva y transversal y de nivel explicativo, con una muestra de 400 pacientes. El proceso de validación y confiabilidad se llevó a cabo las siguientes etapas: 1) Búsqueda bibliográfica y método Delphi: se identificaron los ítems del instrumento y se depuraron los menos relevantes; 2) validación de contenido: expertos evaluaron los ítems seleccionados utilizando coeficientes como el de aiken y kendall; 3) estudio piloto: se evaluó la comprensión de los ítems con 50 pacientes, y 4) análisis factorial y confiabilidad: se determinó la pertinencia del análisis factorial y se evaluó la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach y el omega de McDonald. Los resultados mostraron una distribución multivariante no normal. El análisis factorial exploratorio (AFE) extrajo cuatro factores que explican el 54,32 % de la varianza total explicada. El análisis factorial confirmatorio (AFC), a través de estimador cuadrados mínimos no agrupados (ULS), encontró un ajuste del modelo con cinco criterios de ajustes: CMIN/DF; 2,01, RMR; 0,65, PNFI; 0,77, PGFI, y 0,74. La confiabilidad fue alta, con un alfa de Cronbach de 0,910 y omega de McDonald de 0,908. La satisfacción global fue alta, con el 42 % de los pacientes satisfechos y el 53 % muy satisfechos. Se concluyó que la escala está significativamente asociada a la satisfacción del paciente en dimensiones, como el personal médico, condiciones organizacionales, asimismo, el personal técnico y de enfermería.

Palabras clave: Calidad de atención, escala de medición, hospitalización, satisfacción en servicio de salud.

ABSTRACT

The objective of this research was to evaluate whether the Health Satisfaction Scale 1.0NF is effective in measuring patient satisfaction hospitalized at EsSalud. The methodology used was quantitative, prospective, and cross-sectional, with a sample of 400 patients. Methodology: The validation and reliability process was carried out in five stages: 1. Literature search and Delphi method: The instrument items were identified and the least relevant ones were refined. 2. Content validation: Experts evaluated the selected items using coefficients such as Aiken and Kendall. 3. Pilot study: Item comprehension was assessed with 50 patients. 4. Factor analysis and reliability: The relevance of the factor analysis was determined, and reliability was assessed using Cronbach's alpha and McDonald's omega. Results: showed a non-normal multivariate distribution. Exploratory factor analysis (EFA) extracted four factors that explain 54.32 % of the total explained variance. Confirmatory factor analysis (CFA) using the Unpooled Least Squares (ULS) estimator found a model fit with five fit criteria: CMIN/DF; 2.01, RMR; 0.65, PNFI; 0.77, PGFI; 0.74. Reliability was high, with a Cronbach's alpha of 0.910 and a McDonald's omega of 0.908. Overall satisfaction was high, with 42 % of patients satisfied and 53 % very satisfied. Conclusion: the scale is significantly associated with patient satisfaction in dimensions such as medical staff, organizational conditions, and technical and nursing staff.

Keywords: Quality of care, Measurement scale, Satisfaction with health services, Hospitalization.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi avaliar se a Escala de Satisfação em Saúde 1.0NF é eficaz na mensuração da satisfação de pacientes internados na EsSalud. A metodologia utilizada foi quantitativa, prospectiva, transversal e de nível explicativo, com uma amostra de 400 pacientes. Metodologia: O processo de validação e confiabilidade foi realizado em cinco etapas: 1. Busca bibliográfica e método Delphi: Os itens do instrumento foram identificados e os menos relevantes foram refinados. 2. Validação de conteúdo: Especialistas avaliaram os itens selecionados usando coeficientes como Aiken e Kendall. 3. Estudo piloto: A compreensão dos itens foi avaliada com 50 pacientes. 4. Análise fatorial e confiabilidade: A relevância da análise fatorial foi determinada e a confiabilidade foi avaliada usando o alfa de Cronbach e o ômega de McDonald. Resultados: mostraram uma distribuição multivariada não normal. A análise fatorial exploratória (AFE) extraiu quatro fatores que representaram 54,32% da variância total. A análise fatorial confirmatória (AFC) utilizando o estimador Unpooled Least Squares (ULS) encontrou um ajuste do modelo com cinco critérios de ajuste: CMIN/DF; 2,01, RMR; 0,65, PNFI; 0,77, PGFI; 0,74. A confiabilidade foi alta, com um alfa de Cronbach de 0,910 e um ômega de McDonald de 0,908. A satisfação geral foi alta, com 42% dos pacientes satisfeitos e 53% muito satisfeitos. Conclusão: a escala está significativamente associada à satisfação do paciente em dimensões como equipe médica, condições organizacionais e equipe técnica e de enfermagem.

Palavras-chave: Qualidade do atendimento, Escala de mensuração, Hospitalização, Satisfação com os serviços de saúde

INTRODUCCIÓN

La satisfacción del paciente es un indicador crucial para evaluar la calidad de los servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la atención sanitaria se evalúa a través de la satisfacción del paciente, ya que refleja la eficacia, seguridad y enfoque centrado en el paciente (1). Esto permite determinar si los servicios cumplen con las expectativas de los usuarios y si logran los resultados de salud deseados.

La satisfacción del paciente es esencial al evaluar la calidad de los servicios de salud, ya que representa la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen las expectativas del usuario (2). A nivel global, la medición de la calidad de los servicios de salud está en constante monitoreo, destacándose en varios países por su alta valoración de la atención sanitaria.

Medir la satisfacción del paciente permite identificar áreas de mejora en los servicios de salud. Al conocer qué aspectos satisfacen o no a los pacientes, las instituciones pueden implementar cambios para optimizar sus recursos y mejorar la calidad de la atención. Esto es esencial para mantener un ciclo continuo de mejora y adaptación a las necesidades de los pacientes.

Conocer el nivel de satisfacción del paciente tiene diversos beneficios para el sistema de salud, el personal de salud y el propio paciente. Mejorar la reputación de las instituciones de salud, sensibilizar al profesional que otorga el servicio directamente y fidelizar a los usuarios favorece la participación activa de los mismos en su propio cuidado (3).

Dado que conocer la satisfacción de la atención en salud es un hecho de gran importancia, es necesario contar con instrumentos que permitan medir esta satisfacción de la mejor manera. Actualmente, existen diversos instrumentos con este fin, muchos adaptados de otras realidades que se utilizan en nuestro medio. Sin embargo, al ser la satisfacción una variable multidimensional y donde la experiencia del paciente juega un rol de gran importancia, es deseable una escala de medición de la satisfacción que contemple la interculturalidad del usuario, su experiencia y el entorno. El instrumento así

obtenido debe ser sometido a criterios de calidad que garanticen que lo que se está midiendo es lo que se pretende medir. Además, cuando se desee posteriormente medir en otra población, se deben obtener resultados razonables.

Este estudio, elaborado con rigor metodológico, ha seguido una metodología sistemática en varias etapas que inicialmente se obtuvo los ítems o preguntas a través de un proceso de selección basado en diversas fuentes de información médica y contrastación de opinión a través de consenso con expertos. Posteriormente, estos ítems fueron evaluados en términos de validez de contenido utilizando métodos tanto cualitativos como cuantitativos.

Seguidamente, se evaluó si la muestra seleccionada cumplía con los criterios de normalidad multivariante y pertinencia para el análisis factorial. Luego, se realizó un análisis factorial exploratorio que permitió rescatar los ítems que tiene una mayor carga factorial y retener los factores más representativos y obtener un modelo a priori, identificando variables latentes y observables. Estas variables, en el desarrollo de este estudio, fueron sometidas a un análisis factorial confirmatorio, donde se ajustaron según el estimador utilizado, asegurando que los datos se ajustaran a los criterios de los índices de ajuste del modelo teórico propuesto.

Finalmente, se evaluó la confiabilidad del instrumento mediante la evaluación de la consistencia interna utilizando tres métodos estadísticos. Además, se comparó con parámetros establecidos en la literatura sobre metodología psicométrica y metodológica, lo que otorga calidad al instrumento.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema

Un informe de la OMS del año 2013 se señala que la investigación en salud cumple una función trascendental en la concepción de un servicio de salud, dicta las políticas que deben ser adoptadas en esta materia y valora los objetivos alcanzados (1) (2). Dentro de esto, los hospitales ofrecen un panorama donde interactúan los usuarios con los trabajadores del establecimiento, es decir, con los profesionales y el personal no profesional de la salud. Como resultado de esto, se otorgan medidas para mejorar o recuperar la salud.

Además, si se tiene en cuenta lo señalado por Donabedian y otros autores, quienes mencionan que “la satisfacción del usuario es una medida de eficiencia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud” (3), las actividades en salud que persiguen la calidad en la atención médica deben ser consideradas como indicadores y, por lo tanto, servirán de respaldo para una percepción aceptada por el usuario (4).

En ese mismo sentido, el Seguro Social de Salud (EsSalud) y sus directivos en los diversos niveles de atención reconocen que la calidad del servicio que se ofrece es una preocupación permanente. Este parecer, se comparte en el Servicio de Medicina del Hospital III Daniel Alcides Carrión, Red Asistencial Tacna, y para ser más exactos, en el área de hospitalización, por ser el único servicio de la institución en la ciudad que cuenta con esta área. Además, resulta ser un área de atención de salud para los pacientes asegurados referidos de la Red Asistencial de Moquegua, al ser hospital de referencia de este último. Esto hace que se busque la eficiencia y oportunidad en la atención en hospitalización, lo que se verá reflejado en la percepción del asegurado hospitalizado como buena.

Para conocer si la calidad de un servicio de salud es adecuada, es necesario que deba ser sometido a medición (5). En la literatura, en inglés y español, se exponen diversos instrumentos para evaluar la satisfacción de los usuarios que reciben un servicio

de salud; pero, también se menciona que se deben adecuar o elaborar escalas para evaluar la calidad según indicadores que consideren puntos resaltantes de acuerdo con cada realidad (6). En la literatura nacional, no se reportan estudios previos que hayan elaborado alguna escala para valorar la calidad de la atención en función de la satisfacción del paciente hospitalizado.

La calidad de la atención de un servicio de salud debe ser evaluada con el fin de reconocer las debilidades que tiene para superarlas y mantener las buenas actividades que se realizan en el proceso de atención.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿La escala de satisfacción en salud 1.0NF permite valorar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Será el desempeño laboral y la actitud del personal médico que refleja las características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024?
- b) ¿Reflejará el desempeño laboral y la actitud del personal de enfermería las características que influyen en la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de EsSalud en Perú durante el período de octubre de 2023 a setiembre de 2024?
- c) ¿Será el desempeño laboral y la actitud del personal técnico de enfermería los factores que reflejan las características que permiten la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de EsSalud en Perú entre octubre de 2023 y setiembre de 2024?
- d) ¿Serán las condiciones organizacionales y estructurales de la institución las que reflejan las características que determinan la satisfacción de los pacientes

hospitalizados en un hospital de EsSalud en Perú durante el período de octubre de 2023 a setiembre de 2024?

1.3. Justificación práctica

Desde el punto de vista práctico, la satisfacción del paciente se comporta como una medida para evaluar cómo está funcionando un servicio de salud. La evaluación de la misma ayuda a mejorar la calidad de la atención, porque permite mejorar en los puntos débiles de la estructura y del proceso de atención, y refuerza las fortalezas existentes. La medición de la satisfacción no puede basarse únicamente en escalas de validación internacional, sino que debe realizarse a través de escalas regionales, ya que la percepción de la cultura de un pueblo y del sistema de salud de cada país tiene características propias. Este hecho exige que la medición de la satisfacción se realice a través de escalas regionales debidamente validadas, de acuerdo a estándares sugeridos por instituciones internacionales y expertos, las escalas así producidas proporcionarían una medición más precisa y permitirían tomar medidas para mejorar los sistemas de salud.

Importancia

El estudio es importante, porque se accedió, de acuerdo a nuestra interculturalidad, cómo el paciente asegurado hospitalizado percibe la satisfacción con el servicio recibido durante su estadía en el área de hospitalización del Servicio de Medicina. Esta satisfacción será recogida a través de un instrumento elaborado, el cual ha sido sometido a un proceso complejo de validación y confiabilidad, lo que garantiza que mide lo que debe medir. Además, la coherencia de las preguntas permitirá replicar los datos en otra realidad hospitalaria de esta institución de salud.

1.4. Alcances y limitaciones

El estudio estuvo delimitado al sistema de atención que brinda EsSalud a los pacientes asegurados; por lo tanto, los resultados y alcances están enmarcados para establecimientos del nivel hospitalario del Seguro Social. Es preciso señalar esto, pues la satisfacción varía en función de la experiencia previa y las consideraciones del seguro

que otorga al titular o su derecho habientes que no tienen los pacientes de otras instituciones con algún tipo de seguro o no y con la estructura institucional.

1.5. Objetivo de la investigación

1.5.1. Objetivo general

Determinar si la escala de satisfacción en salud 1.0 NF permite valorar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024.

1.5.2. Objetivo específico

- a) Señalar si el desempeño laboral y la actitud del personal médico refleja las características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024.
- b) Determinar si reflejan el desempeño laboral y la actitud del personal de enfermería las características que influyen en la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de EsSalud en Perú durante el período de octubre de 2023 a setiembre de 2024.
- c) Identificar si el desempeño laboral y la actitud del personal técnico de enfermería reflejan las características que permiten la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de EsSalud en Perú entre octubre de 2023 y setiembre de 2024.
- d) Determinar si las condiciones organizacionales y estructurales de la institución son las que reflejan las características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en un hospital de EsSalud en Perú durante el período de octubre de 2023 a setiembre de 2024.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis general

H0: La escala de satisfacción en salud 1.0NF no permite valorar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024.

H1: La escala de satisfacción en salud 1.0NF permite valorar significativamente la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024.

1.6.2. Hipótesis específica

H alterna 1). La labor y actitud del personal médico refleja positivamente las características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 - setiembre 2024.

H alterna 2). Refleja significativamente el desempeño laboral y la actitud del personal de enfermería las características que influyen en la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de EsSalud en Perú durante el período de octubre de 2023 a setiembre de 2024.

H alterna 3). El desempeño laboral y la actitud del personal técnico de enfermería reflejan significativamente las características que permiten la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de EsSalud en Perú entre octubre de 2023 y setiembre de 2024.

H alterna 4). Las condiciones organizacionales y estructurales de la institución son las que reflejan significativamente las características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en un hospital de EsSalud en Perú durante el período de octubre de 2023 a setiembre de 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional

La satisfacción del paciente es un indicador crucial de la calidad de atención en salud, como lo señalan Asamrew et al. (7). Estos autores realizaron un estudio para analizar el nivel de satisfacción de los pacientes con los servicios de hospitalización en el Hospital Especializado Black Lion, ubicado en Addis Abeba, Etiopía. Respecto al método, se trató de un estudio transversal realizado entre noviembre y diciembre de 2015, que incluyó una muestra aleatoria de 398 pacientes. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario estructurado previamente validado. Las variables explicativas relevantes se determinaron mediante un análisis factorial con rotación varimax, y se aplicó regresión lineal bivariada para evaluar cada variable independiente respecto a la variable dependiente. Se incluyeron en el modelo final aquellas variables con un valor de $p < 0,05$ tras verificar las suposiciones estadísticas. Como resultado, la totalidad de los 398 pacientes encuestados respondió al estudio, lo que resulta en una tasa de respuesta del 100 %. De estos, el 46,2 % (IC 95 %: 41,2 % -51,1 %) expresó satisfacción con los servicios recibidos. Se identificó que la interacción entre los pacientes y los proveedores de atención médica, así como aspectos relacionados con las comodidades generales del hospital, explicaron el 96,4 % de la variabilidad en el puntaje general de satisfacción, factores como la calidad del servicio proporcionado por los médicos, la disponibilidad de servicios de laboratorio y radiología, y la atención al dolor mostraron efectos positivos significativos. Además, la limpieza de los baños y la disponibilidad de habitaciones y servicios dietéticos también se correlacionaron significativamente con el nivel de satisfacción. Un aumento en la calidad del servicio farmacéutico hospitalario se asoció a un incremento en la satisfacción; específicamente, un aumento unitario en este servicio resultó en un incremento estimado de 2,3 en el nivel de satisfacción. Se concluyó que el nivel general de satisfacción reportado por los pacientes fue inferior al observado en otros estudios realizados en el país. Esto sugiere que hay una considerable oportunidad para

mejorar la satisfacción del paciente mediante mejoras en la calidad del servicio durante las interacciones entre pacientes y proveedores, así como en las amenidades ofrecidas por el centro hospitalario.

Babatola et al. (8) llevaron a cabo un estudio que evaluó la satisfacción de los pacientes con los servicios de atención médica en varios establecimientos del estado de Ondo, Nigeria. Respecto a la metodología, el estudio utilizó un diseño transversal descriptivo en tres hospitales, donde se reclutaron 121 pacientes mediante un muestreo aleatorio multietápico. Para recopilar datos, se empleó un cuestionario estructurado validado y confiable. El análisis de datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22, utilizando tanto estadísticas descriptivas como inferenciales. Como resultados, más de la mitad de los participantes (63,6 %) expresó una alta satisfacción con los servicios prestados por el equipo médico y de enfermería, con una puntuación media de $32,63 \pm 3,64$. Sin embargo, solo el 53,7 % de los pacientes estuvieron muy satisfechos con la atención de enfermería. Los factores más fuertemente asociados con la satisfacción fueron un entorno hospitalario limpio ($3,45 \pm 0,5$), el suministro de electricidad ($3,18 \pm 0,78$), la accesibilidad ($3,16 \pm 0,58$) y la disponibilidad de asientos adecuados ($3,15 \pm 0,76$). Se encontró una relación significativa entre la satisfacción de los pacientes y su nivel de educación ($f = 6,27$; $p = 0,01$) y ocupación ($f = 9,80$; $p = 0,01$). Además, los habitantes urbanos mostraron un nivel de satisfacción mayor que los rurales ($t = 2,28$; $p = 0,02$). Se concluyó que el sexo, el nivel educativo y la ocupación emergieron como predictores significativos de la satisfacción con los servicios de salud. Por lo tanto, los proveedores de atención médica deben centrarse en mejorar la prestación de servicios para aumentar la satisfacción de los pacientes.

Hu et al. (9) han destacado que la satisfacción del paciente es un criterio fundamental para evaluar los hospitales, especialmente en el contexto de la reforma sanitaria actual en China. Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores tanto a nivel del paciente como del hospital que influyen en la satisfacción de los pacientes hospitalizados, con el fin de proporcionar recomendaciones políticas para el desarrollo de un sistema de atención de salud centrado en el paciente. Respecto a los métodos, el análisis se basó en datos de la Encuesta Nacional de Pacientes de China de 2017, que

incluyó a 20,300 pacientes hospitalizados de 131 hospitales terciarios en 31 provincias. Se realizaron análisis descriptivos y regresiones logísticas multivariantes para identificar los factores clave relacionados con la satisfacción. Los resultados mostraron que las características sociodemográficas de los pacientes, como el sexo, la edad, los ingresos y el tipo de seguro, están fuertemente asociadas con su satisfacción. En cuanto a las características institucionales, el tipo de hospital, el tamaño, la dotación de personal y el desempeño financiero también se correlacionan significativamente con la satisfacción del paciente. Los pacientes expresaron mayor satisfacción con hospitales especializados y grandes, medidos por el número de camas y cirugías. Además, los hospitales con una mayor proporción de enfermeras por cama recibieron más satisfacción. Sin embargo, el desempeño financiero de los hospitales se asoció negativamente con la satisfacción. Se concluyó que la satisfacción del paciente aporta información valiosa sobre la calidad del servicio y debe ser integrada en la evaluación de los hospitales. Para garantizar comparaciones justas entre hospitales, es necesario ajustar las diferencias en la composición de pacientes. Las futuras reformas deberían centrarse en diseñar un plan de seguro público integral, una estructura hospitalaria eficiente y un sistema de prestación de atención médica bien funcionando para mejorar la atención a los pacientes en China.

Lappé et al. (10) argumentan que la experiencia del paciente es un indicador crucial que refleja la percepción de los pacientes sobre la atención recibida en el sistema de salud y está vinculada a los resultados clínicos. En el marco del programa Hospital Value-Based Purchasing (HVBP), el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) otorga incentivos financieros a los hospitales basados en la experiencia del paciente, medida a través de la encuesta Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS). Sin embargo, se desconoce cómo la inclusión de residentes y médicos de práctica avanzada (APC) en los equipos de atención hospitalaria liderados por hospitalistas influye en la satisfacción del paciente, según lo evaluado por las encuestas HCAHPS y Press Ganey. El estudio busca comparar la satisfacción del paciente entre hospitalistas que trabajan con equipos de residentes, APC y aquellos que operan de manera independiente, utilizando las métricas de HCAHPS y los resultados de Press Ganey. En cuanto a la metodología, se trata de un estudio de cohorte observacional retrospectivo que abarca a todos los pacientes dados de alta del Servicio de

hospitalización de Medicina Interna entre el 1 de julio de 2015 y el 1 de julio de 2018, quienes cumplían con los criterios para participar en la encuesta HCAHPS. Los resultados no mostraron diferencias significativas en las puntuaciones "superiores" en el dominio del desempeño médico de HCAHPS entre los equipos con residentes, APC y hospitalistas solos. Sin embargo, los datos ajustados del dominio de rendimiento médico de Press Ganey revelaron diferencias notables entre los equipos compuestos solo por hospitalistas y aquellos con residentes, destacando que los primeros obtuvieron puntuaciones más altas en tres áreas: el tiempo dedicado por el médico al paciente (4,58 vs. 4,38, $p = 0,050$), la información proporcionada por el médico (4,63 vs. 4,43, $p = 0,047$) y la habilidad médica percibida (4,80 vs. 4,63, $p = 0,027$). Además, los hospitalistas solos eran considerados más hábiles en comparación con los equipos que incluían APC (4,80 vs. 4,69, $p = 0,042$). Se concluyó que, aunque los resultados de Press Ganey sugieren una mayor satisfacción entre los pacientes atendidos por hospitalistas independientes, esta tendencia no se reflejó en las métricas del dominio del desempeño médico de HCAHPS, lo que indica que la estructura del equipo médico no influye en los pagos incentivados bajo el programa HVBP del CMS.

Schoenfelder et al. (11) realizaron un estudio que utilizó un cuestionario autoadministrado para recopilar datos de pacientes en 39 hospitales de Alemania durante el período de enero a septiembre de 2009. Respecto a la metodología, la muestra incluyó a 8,428 pacientes. La satisfacción global del paciente se evaluó mediante una pregunta única, mientras que los aspectos médicos de la atención se midieron con 12 ítems, el desempeño del servicio con 3 ítems, y las expectativas del paciente con 12 ítems. Mediante análisis de regresión logística, se identificaron los determinantes de la satisfacción del paciente. Como resultado, el análisis reveló que existen 10 determinantes clave de la satisfacción global del paciente. El resultado del tratamiento fue el predictor más destacado, seguido de la amabilidad de las enfermeras como el segundo factor más importante. Sin embargo, la información recibida sobre el tratamiento en curso no tuvo un impacto significativo en la satisfacción del paciente. El estudio sugiere que los determinantes clave deben ser modificados para mejorar la satisfacción global del paciente. Además, algunos aspectos de la estancia hospitalaria no son considerados relevantes por los pacientes y, por lo tanto, no influyen en los índices de satisfacción. Los

hallazgos indican que las variables que miden las percepciones de los pacientes sobre la atención son más importantes que la demografía y las características de las visitas para determinar la satisfacción global.

Coutinho et al. (12) desarrollaron un modelo conceptual que explora las relaciones entre las variables que influyen en la satisfacción del paciente y aquellas que son afectadas por ella. Con respecto a la metodología, tras una búsqueda exhaustiva de artículos revisados por pares, se seleccionaron 64 estudios para el análisis. Como resultado, la calidad del servicio es el único antecedente que directamente influye en la satisfacción del paciente. A su vez, la satisfacción del paciente tiene un impacto significativo en la confianza, la lealtad y la recomendación del servicio relación médico-paciente, actuando como mediador en la influencia de la calidad del servicio sobre estas variables. Desde una perspectiva práctica, este estudio destaca la importancia de una mayor satisfacción del paciente para influir positivamente en la confianza, la lealtad y las recomendaciones de los pacientes. Se concluyó que el estudio integra la literatura existente sobre el tema, proporcionando una comprensión más clara de cómo la satisfacción del paciente se relaciona con otros aspectos clave de la atención sanitaria.

Hwang et al. (13) han destacado que la satisfacción del paciente es un predictor valioso de la adherencia y los resultados del tratamiento en enfermedades cardiovasculares (ECV). Este estudio exploró la satisfacción de pacientes vietnamitas hospitalizados y ambulatorios con ECV utilizando una escala diseñada específicamente para este propósito. Respecto a la metodología, se entrevistaron a 600 pacientes en el Hanoi Heart Hospital y se desarrolló una escala de medición para servicios tanto de hospitalización como ambulatorios. La regresión multivariante se utilizó para identificar los factores asociados con la satisfacción del paciente. Como resultado, en general, los pacientes hospitalizados mostraron una mayor satisfacción con los servicios (media = 81,8, DE = 5,8) en comparación con los pacientes ambulatorios (media = 79,7, DE = 5,2, $p < 0,05$). Entre los pacientes hospitalizados, la satisfacción más alta se observó en la actitud de las enfermeras (42,0 %), con el puntaje más alto en el dominio de "atención y tratamiento" (media = 85,6, DE = 9,7) y el más bajo en "establecimientos hospitalarios" (media = 78,3, DE = 9,2). En pacientes ambulatorios, la satisfacción más alta fue en la

actitud de los médicos al examinar y explicar (19,7 %), con el puntaje más alto en el dominio "actitud del personal médico" (media = 82,8, DE = 7,9) y el más bajo en "tiempo de espera" (media = 76,6, DE = 8,2). Los pacientes sin seguro de salud mostraron puntajes significativamente más altos en varios dominios, lo que sugiere la necesidad de reformas en las políticas de seguro. Se concluyó que los hallazgos indican una baja satisfacción con las instalaciones hospitalarias para pacientes hospitalizados y el tiempo de espera para pacientes ambulatorios, lo que requiere esfuerzos de mejora. Además, se necesitan mayores mejoras y validaciones del instrumento desarrollado para evaluar la satisfacción del paciente.

Almmani et al. (14) han destacado que la satisfacción del paciente se ha convertido en un tema crítico a nivel global, con gobiernos priorizando el bienestar de sus ciudadanos. El objetivo fue evaluar el impacto de la calidad del servicio de salud en la satisfacción del paciente en hospitales públicos de Jordania. En cuanto a la metodología, la investigación se llevó a cabo mediante una muestra de conveniencia, donde se distribuyeron 400 cuestionarios a pacientes, de los cuales 354 fueron válidos para el análisis estadístico. Los investigadores utilizaron la versión 20 del software AMOS para probar un modelo de ecuación estructural hipotético. Como resultado, los hallazgos indicaron que la calidad del servicio de salud explica el 65,7 % de la variación en la satisfacción del paciente, lo que sugiere que la calidad del servicio tiene un potencial significativo para influir en el nivel de satisfacción de los pacientes en los hospitales públicos. Además, se encontró que la calidad del servicio de salud tiene un efecto positivo en la satisfacción del paciente.

Según el estudio realizado por Birkhäuser et al. (15), se examinó la relación entre la confianza de los pacientes en los profesionales de la salud y los resultados en salud. Respecto a la metodología, se llevaron a cabo búsquedas en cuatro bases de datos electrónicas principales para identificar estudios que proporcionaran datos cuantitativos sobre esta asociación. Se revisaron los textos completos de 400 publicaciones, de las cuales se incluyeron 47 estudios en un metanálisis. Para la extracción y síntesis de datos, se realizaron metanálisis y metarregresiones de efectos aleatorios, calculando los coeficientes de correlación junto con sus intervalos de confianza del 95 %. Dos

investigadores independientes evaluaron la calidad de los estudios incluidos utilizando las pautas de Fortalecimiento de Informes de Estudios Observacionales en Epidemiología. Como resultados, en general, se encontró una correlación pequeña a moderada entre la confianza y los resultados en salud ($r = 0,24$, IC del 95 %: 0,19-0,29). Los análisis de subgrupos revelaron una correlación moderada entre la confianza y los resultados de salud autoevaluados ($r = 0,30$, IC: 0,24-0,35). Sin embargo, las correlaciones entre la confianza y los resultados objetivos ($r = -0,02$, IC: -0,08-0,03), así como con los resultados calificados por observadores ($r = 0,10$, IC: -0,16-0,36), no fueron significativas. Los análisis exploratorios mostraron una fuerte correlación entre la confianza y la satisfacción del paciente, así como correlaciones algo menores con comportamientos de salud, calidad de vida y gravedad de síntomas. La heterogeneidad observada fue de pequeña a moderada. Se concluyó que, desde una perspectiva clínica, los pacientes que mostraron mayor confianza en sus profesionales de la salud reportaron comportamientos más saludables, experimentaron menos síntomas y disfrutaron de una mejor calidad de vida, además de estar más satisfechos con su tratamiento. Se identificó evidencia de sesgo ascendente en los resultados resumidos. Se sugiere que se realicen estudios prospectivos para profundizar en la comprensión de la compleja interacción entre la confianza y los resultados en salud.

Masudur (16) realizaron un estudio donde reconocen que la satisfacción del paciente en la atención de la salud es importante a nivel internacional para brindar atención médica de alta calidad centrada en el paciente. El objetivo del estudio fue revisar sistemáticamente el alcance de los indicadores de satisfacción informados por los pacientes obtenidos, articulados y utilizados para influir en la mejora de la calidad en los entornos de atención médica. Respecto a la metodología, se abordaron dos prioridades de investigación: la revisión de la evidencia sobre las medidas necesarias de satisfacción del paciente y la identificación sistemática de la satisfacción del paciente en entornos de atención médica en todo el mundo, con el objetivo de mejorar la calidad de los hospitales de Bangladesh. Este análisis sistemático cumplió con las pautas del informe de elementos de información preferidos para la revisión sistemática y el metanálisis (PRISMA). Se incluyeron las revistas en inglés revisadas por pares publicadas entre enero de 2001 y diciembre de 2020 para la síntesis de este estudio. En cuanto a los resultados, en una

amplia gama de investigaciones, se han estudiado muchos determinantes de la satisfacción del paciente. Sin embargo, debido a que no existe una formulación acordada internacionalmente sobre la satisfacción del paciente y el método de medición, los hallazgos del estudio fueron diversos. Los determinantes más importantes de la satisfacción del paciente en los estudios fueron las medidas de calidad del servicio de atención médica. Entre ellos, la calidad de la atención interpersonal de los profesionales de la salud fue el determinante crítico de la satisfacción del paciente. Se ha encontrado que la influencia y la dirección de los grupos de satisfacción del paciente son inconsistentes. En conclusión, existe la necesidad de realizar más investigaciones utilizando un cuestionario estructurado sobre cómo las variaciones culturales, conductuales y sociodemográficas afectan la satisfacción del paciente.

Wei et al. (17) diseñaron un cuestionario para evaluar la satisfacción del paciente hospitalizado mediante un proceso riguroso que incluyó la revisión de estudios previos, entrevistas con personas relacionadas, discusiones y un estudio piloto para refinar los elementos del cuestionario. Finalmente, realizaron una encuesta transversal a gran escala para probar el cuestionario. En cuanto a la metodología, el estudio se llevó a cabo en tres hospitales de nivel A en la provincia de Hunan, China. La encuesta principal incluyó a 6 640 pacientes, además de 695 pacientes en el estudio piloto. Como resultado, el análisis factorial del estudio piloto identificó cuatro dimensiones clave: la calidad de la atención de los médicos, la calidad de la atención de las enfermeras, la calidad del entorno y las instalaciones, y la calidad integral. Los coeficientes alfa de Cronbach para cada dimensión fueron superiores a 0,7, lo que indica una consistencia interna alta. La correlación entre las subescalas varió entre 0,72 y 0,83. La tasa general de satisfacción de los pacientes hospitalizados fue del 89,6 %. Se concluyó que el cuestionario demostró tener una consistencia interna, confiabilidad y validez óptimas para medir la satisfacción del paciente hospitalizado. Esto sugiere que el cuestionario es una herramienta efectiva para evaluar y mejorar la calidad de la atención en los hospitales.

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional

El estudio de Moscoso et al. (18) fue focalizado para evaluar la satisfacción en consulta externa a través de la escala ESCOMA en una IPRESS en Perú. Respecto a la

metodología, se realizó un AFE para establecer un modelo a priori; posteriormente, se realizó un AFC se utilizó un método derivado de máxima verosimilitud, para ser más exacto se utilizó el método de estimación de máxima verosimilitud Robusta y se evaluó la confiabilidad mediante el coeficiente omega de McDonald. Se analizaron 13,814 observaciones para el AFE, lo que permitió definir el modelo a priori de 03 dimensiones y 18 variables observadas o ítems. Como resultado, todos los coeficientes de confiabilidad con el omega de McDonald fueron adecuados $<0,92$. Se concluyó que la ESCOMA demostró tener validez y confiabilidad para evaluar la satisfacción en consulta externa en salud en las instituciones de salud en el Perú.

Rodríguez et al. (19) realizaron su estudio en el Servicio de Medicina Interna área de hospitalización del HAL para determinar la satisfacción con el servicio de salud. Respecto a la metodología, se contó con una muestra de 149 pacientes los cuales se escogieron por muestro aleatorio simple que egresaron de las 9 salas de Medicina, se utilizó un instrumento aprobado por el MINSA. Como resultado, dentro de las variables de caracterización, los más prevalentes fue las pacientes de sexo femenino (50,30 %) , grado de instrucción primaria (35,57 %). Mediante el análisis bivariado se encontraron asociación de la satisfacción con la relación con el personal de salud, calidez en el trato, confianza en el personal de salud, información que se brinda, limpieza y comodidad de las instalaciones, capacidad de resolver los problemas el personal asistencial. En conclusión, la satisfacción del paciente fue alta con 84,6 %, los aspectos intangibles son los más asociados con la satisfacción en la atención de salud.

Un estudio descriptivo transversal llevado a cabo por Sandoval et al. (20) en 2018 investigó la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque. Respecto a la metodología, la encuesta se aplicó a una muestra de 255 pacientes. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL. Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados eran mujeres, con una edad promedio de 39 años y que el 90,59 % estaban afiliados al seguro SIS. El tiempo promedio de estancia en el hospital fue de seis días. Los pacientes expresaron un alto nivel de satisfacción general con el servicio recibido, alcanzando un 76,61 %. La dimensión mejor valorada fue la de los aspectos tangibles, con un 83,02 % de satisfacción; mientras que la capacidad de

respuesta fue la menos valorada, con un 66,09 %, especialmente en cuanto a la celeridad en los trámites de alta, que solo alcanzó un 53,88 %. Se concluyó que se encontró un alto grado de satisfacción general entre los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital Regional Lambayeque. Aunque se identificaron áreas de mejora, especialmente en la capacidad de respuesta, la atención en general fue bien percibida por los usuarios.

Un estudio observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo por La Torre et al. (21) tuvo como objetivo analizar los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes que asisten al consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. La investigación se centró en la relación entre la insatisfacción del paciente y aspectos clave como la competencia profesional, la gestión eficiente de recursos y la reducción de riesgos. En cuanto a la metodología, la muestra consistió en 221 pacientes seleccionados al azar, sin distinción de género. En cuanto a los resultados, fueron solo una minoría de los pacientes, el 21,3 %, expresó satisfacción con la atención recibida. La percepción de satisfacción varió significativamente entre las diferentes dimensiones evaluadas: la confiabilidad obtuvo un 26,7 %, la responsabilidad un 31,2 %, la seguridad un 48 %, la empatía un 38,9 % y los aspectos tangibles un 32,6 %. Se observó que las mujeres (86,1 %) reportaron un nivel de insatisfacción más alto en comparación con los hombres (70,8 %), con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$). De manera similar, los familiares beneficiarios (84,5 %) mostraron mayor insatisfacción que los beneficiarios directos (70,7 %), con un valor de $p=0,013$. Además, se encontró una correlación negativa entre el tiempo de espera para la atención y la satisfacción del usuario ($r=-0,316$; $p=0,000$), lo que sugiere que mayores tiempos de espera se asocian con menor satisfacción. Como conclusión, el estudio reveló un bajo nivel general de satisfacción entre los usuarios del servicio de gastroenterología, influenciado por factores como el género del paciente, el tipo de beneficiario y el tiempo de espera. Estos hallazgos destacan la necesidad de mejorar la calidad del servicio para aumentar la satisfacción del paciente.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Validación

2.2.1.1. Definición

La validez de un instrumento de medición se refiere a la precisión con la que realmente se capta la variable (22). En esencia, es una verificación práctica que confirma la capacidad de una escala para medir efectivamente lo que se propone medir (23).

La validación comprende una serie de procesos orientados a asegurar que un instrumento de medición, como cuestionarios, escalas o pruebas, sea pertinente y apropiado para el objetivo para el cual fue diseñado. Se considera que un instrumento posee validez cuando evalúa con precisión el constructo o la variable de interés, y se estima confiable si sus resultados son estables y reproducibles a lo largo de diferentes aplicaciones.

2.2.1.2. Validación de un instrumento de medición en investigación

La validez y la confiabilidad son dos propiedades psicométricas fundamentales (24). La validación es un proceso que comienza con la planificación del instrumento, continúa con su construcción y culmina con la aplicación del mismo (25).

La validación de instrumentos en investigación es un proceso crucial que garantiza que los instrumentos de medición, como cuestionarios, escalas o tests, sean adecuados para medir los constructos o variables que se pretenden evaluar (26).

La validez, definida como la capacidad de un instrumento para medir las propiedades del constructo en estudio, es un factor vital para seleccionar o aplicar un instrumento (27). Se determina en tres formas comunes: validez de contenido, de constructo y de criterio (28).

2.2.1.3. Validez de contenido

La validez de contenido se refiere a un juicio lógico sobre la relación existente entre el rasgo o característica del aprendizaje del evaluado y lo que se presenta en un

instrumento. En otras palabras, pretende determinar si los ítems propuestos reflejan el dominio de contenido que se desea medir (29) (30) (31). Dado que la validez de contenido es un prerrequisito para otras formas de validez, debe recibir la máxima prioridad durante el desarrollo del instrumento (27). La validez no es una propiedad del instrumento en sí, sino de las puntuaciones obtenidas por un instrumento utilizado para un propósito específico en un grupo especial de encuestados (32). Este tipo de validez proporciona evidencia preliminar sobre la validez del constructo de un instrumento (33). Además, puede ofrecer información sobre la representatividad y claridad de los ítems, y ayudar a mejorar un instrumento mediante las recomendaciones de un panel de expertos (34). La validez de contenido se ocupa del grado en que los ítems capturan la esencia teórica de lo que se proponen medir (35). Si un instrumento carece de validez de contenido, es imposible establecer su fiabilidad (36).

En la tabla 1, se expone los dos planteamientos que la literatura presenta para estimar la validez de contenido.

Tabla 1. Planteamientos para estimar la validez de contenido

Métodos para estimar la validez de contenido	Referencias
1. Método de Juicio de expertos: es el más difundido y tiene dos componentes.	
1.1 Componente cualitativo: en la elaboración del contenido, los expertos identifican las dimensiones que se pretenden evaluar, las valoran y asignan cada uno de los ítems a estas dimensiones.	
1.2 Componente cuantitativo: determina las propiedades métricas del contenido y tiene como objetivo decidir en qué medida el ítem se ajusta al constructo. Los métodos empleados son los siguientes: Método basado en el análisis factorial, índice de validez de contenido, índice de congruencia ítem-objetivo, índice de congruencia, V de Aiken, escalamiento multidimensional y análisis de Clusters, método de las capacidades mínimas, rango	(37) (38) (39) (40) (41)

interpercentil ajustado a la simetría, coeficiente de validez de contenido, índice de validez factorial e índice promediado de la desviación media.

2. Métodos derivados de la aplicación del instrumento de medida: los ítems de la escala son evaluados directamente por un conjunto de participantes con el fin de analizar las respuestas proporcionadas por ellos.

(31)(37) (42) (43)

Fuente: Elaboración propia basado en la referencias (31,37-42).

El examen del contenido del cuestionario por parte de expertos es una de las formas más efectivas de recopilar evidencia que respalde la validez de una herramienta de medición. En la validez de contenido, se evalúa el contenido de la prueba para asegurar que represente adecuadamente la estructura que pretende medir (44). La validez de contenido indica la idoneidad del muestreo del contenido del instrumento de medición, es decir, si el contenido del dispositivo de medición refleja el conjunto de características que se están midiendo (45). Este proceso implica un juicio, donde las personas evalúan la identidad de los elementos (44) (46).

Se han identificado dos enfoques científicos para examinar la validez de contenido: el método cualitativo y el cuantitativo (44) (47). La evaluación cualitativa del contenido se centra en la necesidad, sencillez y pertinencia de los ítems del cuestionario, lo cual se verifica mediante la opinión de expertos (48) (49). Por otro lado, la evaluación cuantitativa de la validez de contenido se realiza después de recibir la retroalimentación cualitativa de los expertos y corregir el contenido de los ítems. Para evaluar cuantitativamente la validez de contenido, se utilizan dos indicadores: la razón de validez de contenido (RVC) y el índice de validez de contenido (IVC). Estos indicadores evalúan criterios fundamentalmente diferentes. La RVC examina la necesidad de un ítem desde la perspectiva del experto, mientras que el IVC considera la relevancia de los ítems para el objetivo de la investigación desde el punto de vista de los expertos (48).

Razon de validez de contenido (RVC)

El cálculo de la razón de validez de contenido (RVC) permite al investigador asegurar la selección del contenido más relevante y estadísticamente sólido. En este enfoque, se solicita a un grupo de expertos que evalúe si un elemento es necesario e importante para operar una estructura teórica (45), (50). Se pide al panel de expertos que revise cada elemento basándose en un espectro de tres categorías: 1) necesario, 2) útil, pero no necesario, y 3) no necesario.

Las respuestas para cada elemento se calculan según la siguiente

Fórmula (35) (44):

$$RVC = \left[\frac{Ne - N/2}{N/2} \right] \quad \{ 1 \}$$

En esta fórmula 1, Ne= Número de especialistas que han seleccionado la opción requerida y N= número total de expertos.

En 1975, Lawshe elaboró una tabla para determinar el valor numérico de la Razón de validez de contenido (RVC), conocido como el "valor mínimo aceptado de RVC". Después del cálculo, el resultado se compara con los criterios establecidos en la tabla de Lawshe, que considera el número de especialistas. Si el número de especialistas supera el indicado en la tabla, se considera que el elemento tiene un nivel aceptable de significación estadística ($P < 0,05$) (27) (51).

Se adjunta en la tabla 2 el valor numérico mínimo de VRC (52).

Tabla 2. Tabla de Lawshe para determinar el valor numérico mínimo de razón de validez de contenido

Número de Expertos	Valor RVC Aceptable
5	0,99
6	0,99
7	0,99
8	0,75
9	0,78
10	0,62
11	0,59
12	0,56
13	0,54
14	0,51
15	0,49
20	0,42
25	0,37
30	0,33
35	0,31
40	0,29

Fuente: Adaptado de la referencia Lawshe (52).

Índice de validez de contenido (IVC)

El IVC como procedimiento importante en el desarrollo de escalas, es el grado en que los ítems de una herramienta están relacionados con el propósito de la herramienta, que se calcula en base a dos niveles diferentes, como el nivel de ítem (I-IVC) y el nivel general de la escala (S-IVC). El número de expertos necesarios para juzgar la validez de contenido de la herramienta es como mínimo 5 o máximo 10 personas (45) (53) (54).

Para calcular el IVC, se puede calcular con la fórmula 2.

$$IVC = \left[\frac{\text{Número de Evaluadores que Otorgan una Calificación de "3" o "4"}}{\text{Número Total de Evaluadores}} \right] \{2\}$$

El IVC evalúa tres criterios de claridad, simplicidad y relevancia. Una puntuación del índice de validez de contenido IVC superior a 0,79 se considera adecuada, entre 0,79 y 0,70 es cuestionable y necesita ser corregida y revisada, y menos de 0,70 es inaceptable y debe eliminarse (55).

Los ítems que deben ser evaluados son 1) no relacionado, 2) está algo relacionado, 3) está relacionado y 4) es completamente relevante. En la tabla 3, se presenta el mínimo valor numérico del IVC (55).

Tabla 3. El valor numérico mínimo del índice de validez de contenido

Número de evaluadores	Valor mínimo del IVC	Número de evaluadores que califica "3" o "4"
2	0,8	2
3	1	3
4	1	4
5	1	4
6	0,83	5
7	0,83	5
8	0,83	6
9	0,78	8
10	0,79	8

Fuente: Adaptado de la referencia Dolatian (55).

2.2.1.4. Validez de constructo

El estudio del proceso de validación de constructo se basa en principios fundamentales identificados hace cinco décadas (56). Este proceso se centra en el grado en que un instrumento mide el constructo respectivo (57). La validez de constructo determina la relación del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica subyacente (58). El término "validación de constructo" se refiere al proceso de validación simultánea de las medidas de constructos psicológicos y las teorías que los sustentan (56).

La validez de constructo es especialmente relevante cuando el diseño del instrumento se basa en una teoría (58). Además, es crucial cuando no existe un consenso

universal sobre el dominio del contenido del fenómeno y no hay criterios relevantes disponibles (59). Este tipo de validez se enfoca en las expectativas teóricas que rodean a un indicador empírico particular. Por lo tanto, la validez de constructo está impulsada por la teoría. Utilizando la teoría, el investigador formula predicciones teóricas sobre la existencia, dirección y alcance de las relaciones entre los indicadores empíricos de diferentes conceptos teóricos. Si los resultados observados empíricamente son consistentes con estas predicciones teóricas, entonces se considera que la medida es válida de constructo. Este tipo de validez es más pertinente en las ciencias sociales que la validez relacionada con el criterio o la validez de contenido (58) (59).

El término "constructo" se refiere a un concepto teórico no observable, como la inteligencia, los factores de personalidad, las aptitudes, las actitudes o la satisfacción, entre otros (51). La definición operativa de estos constructos presenta dificultades significativas en la práctica, ya que no son directamente observables. La validación de constructo implica tres pasos distintos: primero, se especifica la relación teórica entre los conceptos; segundo, se examina la relación empírica entre las medidas de los conceptos; y por último, se interpreta la evidencia empírica en términos de cómo aclara la validez de constructo de la medida en particular (51). Este tipo de validez se considera el más importante en la investigación.

La validez de constructo puede verificarse mediante estudios de validez convergente-divergente, análisis factorial y validez discriminante (58).

2.2.1.4.1. Validez convergente-divergente

La validez convergente es un concepto clave en la evaluación de instrumentos de medición. Se refiere a la capacidad de un test o escala para correlacionarse adecuadamente con otros instrumentos que miden el mismo constructo. Este tipo de validez es esencial para garantizar que diferentes herramientas diseñadas para medir el mismo concepto produzcan resultados coherentes y similares, lo que respalda la credibilidad y efectividad del nuevo instrumento. Además, demuestra que los constructos que se espera estén relacionados realmente lo están. La validez convergente es una medida que indica si una prueba se correlaciona con otras pruebas que evalúan el mismo

constructo o uno similar. Se utiliza para evaluar la validez de un constructo, es decir, la exactitud con la que una prueba mide lo que se propone medir (60).

Las características de la validez convergente incluyen la "correlación positiva", que se establece cuando un nuevo test muestra una alta correlación positiva con otros tests ya validados que miden el mismo constructo. Si un test muestra resultados similares a escalas previamente validadas, se considera que tiene alta validez convergente (61). Otra característica es la "evaluación del constructo", que ayuda a confirmar que el instrumento realmente mide lo que pretende medir (61) (62). La tercera característica son los "criterios cuantitativos", donde algunos autores sugieren que un factor debe explicar más del 50 % de la varianza de los indicadores asociados, y preferiblemente más del 70 % para considerarse una buena validez (61).

Por otro lado, la validez divergente prueba la especificidad del instrumento (58) o, dicho de otra manera, verifica que los constructos que no deberían tener ninguna relación de hecho, no la tienen (60).

2.2.1.4.2. Validez factorial

Este tipo de validez es ampliamente utilizada en diversas disciplinas que buscan validar escalas o encuestas (57). Las técnicas de análisis factorial son ampliamente empleadas para generar evidencia de validez de constructo (57). Como un conjunto de métodos estadísticos, el análisis factorial examina la dimensionalidad entre un conjunto de ítems de un instrumento de medición, determinando si existe una relación más alta entre las respuestas dentro de diferentes subconjuntos de ítems que entre otros subconjuntos (63).

Se han identificado tres propósitos principales de los métodos de análisis factorial. Primero, cuando se administra un instrumento de medición en una población, el análisis factorial puede informar sobre las evaluaciones de la validez de los puntajes generados. Segundo, el análisis factorial puede usarse para aclarar la naturaleza de los constructos al identificar las dimensiones respectivas y su estructura. En tercer lugar, el análisis factorial puede generar un conjunto de datos más parsimoniosos a partir de las relaciones entre las variables, denominadas puntuaciones factoriales, que los investigadores pueden utilizar

para sus análisis posteriores, como el análisis discriminante, la regresión y el análisis de varianza, para generar evidencia de validez para otros fines (64).

Se reconocen dos modalidades principales de análisis factorial: el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio (62). No obstante, esta distinción suele presentarse de manera simplificada en la literatura, lo que genera ciertas complicaciones. En primer lugar, la diferenciación entre AFE y AFC combina dos aspectos distintos: (a) el propósito con el que se realiza el análisis y (b) el tipo de modelo que se evalúa. En segundo lugar, tanto en relación con el propósito como con el modelo, el AFE y el AFC no constituyen categorías completamente separadas, sino que se sitúan en extremos opuestos de un continuo (65).

Análisis factorial exploratorio (AFE)

El análisis factorial exploratorio (AFE) puede clarificar los patrones de relaciones entre diferentes ítems y constructos (61). Además, el AFE puede identificar ítems potencialmente problemáticos que, desde un punto de vista empírico, no pertenecen al constructo esperado y, por lo tanto, son candidatos para ser eliminados de la evaluación (61). Los resultados del AFE proporcionan al investigador evidencia sobre la validez del constructo, lo que puede servir como base para el juicio y la decisión sobre la estructura factorial del constructo (57).

Para realizar un AFE en la investigación psicométrica, se pueden seguir cinco pasos clave: 1) Adecuación de los datos y tamaño de la muestra, 2) método de extracción de factores, 3) retención de factores, 4) rotación de factores y 5) interpretación de las cargas factoriales (66) (67) (68) (69).

Adecuación de los datos y tamaño de muestra.

Antes de iniciar un análisis factorial exploratorio (AFE), es lógico utilizar indicadores específicos de calidad, como la prueba de Esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (60) (70). La prueba de Bartlett evalúa la similitud de las correlaciones de los indicadores con una matriz de identidad, que es una matriz de correlación compuesta enteramente por valores nulos en las diagonales opuestas. Si una

matriz de correlación no es significativamente diferente de una matriz de identidad, sugiere que los indicadores no comparten suficiente covarianza para realizar un AFE, y un resultado no significativo de la prueba de Bartlett indica que no se debe proceder con el AFE (60) (70) (71).

La prueba de KMO evalúa si se comparte suficiente varianza común entre los indicadores comparando las correlaciones de cada indicador con las correlaciones parciales de cada indicador cuando se controlan todos los demás indicadores (60) (70). Los valores más cercanos a 0 indican que se comparte una varianza común menor entre los indicadores, mientras que los valores más cercanos a 1 indican una mayor varianza común compartida. Los valores inferiores a 0,50 sugieren que no se debe realizar el AFE, los valores entre 0,50 y 0,60 plantean inquietudes, y los valores superiores a 0,60 respaldan el uso del AFE (69) (72).

En cuanto al tamaño de la muestra, no existe un consenso claro, pero los autores sugieren las siguientes condiciones:

- Condición óptima: cuando las saturaciones al factor (comunalidades) son superiores a 0,70 y hay al menos 6 ítems por factor, el tamaño muestral recomendado es de 150 a 200 participantes (71) (73).
- Condición moderada: cuando las comunalidades están entre 0,40 y 0,70 y hay 3 a 4 ítems por factor, se acepta un tamaño de muestra de 200 casos (71).
- Condición mínima: cuando las comunalidades son bajas, menores de 0,30, y hay 3 variables por factor, se requiere una muestra mínima de 400 casos (73).

Método de extracción de factores

El procedimiento de extracción de factores, junto con la decisión sobre el número de factores a conservar y la selección de un método de rotación, constituyen los tres componentes centrales del análisis factorial exploratorio (AFE) (74). El método de extracción de factores y el método de rotación utilizados tienen como objetivo buscar una estructura simple, es decir, una solución donde cada indicador se carga sustancialmente en un solo factor (75).

La elección de los diferentes métodos de extracción de factores depende del tipo de datos, el tamaño de la muestra, el tipo de variable y la forma de distribución de los mismos. En la tabla 4, se presentan las características de los métodos de extracción más utilizados, según las referencias consultadas, donde se destacan sus ventajas.

Tabla 4. Métodos de extracción de factores en el análisis factorial exploratorio.

Método de Extracción	Fundamento del Método	Distribución de los datos	Tipo de variable	Tamaño de muestra	Ventajas del Método	Referencias
Factorización del eje principal minimiza correlaciones residuales	Es un método por mínimos cuadrados en el AFE. Método iterativo basado en la extracción sucesiva de aquellos factores que explican la mayor parte de la varianza común. Utiliza la varianza y covarianza de un conjunto dado de indicadores para reducir la dimensionalidad extrayendo un número preestablecido de factores de modo que expliquen un máximo de la varianza en estos indicadores, es el más recomendado.	No asume normalidad multivariada, los datos no cumplen los supuestos de normalidad.	Variable ordinal	Va bien en tamaños de muestra pequeños	Produce menos casos Heywood (comunalidades > 1, o la no convergencia en la estructura de datos lo que impide las soluciones factoriales. Es un buen método sino se puede utilizar el método de máxima verosimilitud (MV) En mejor en cargas factoriales desiguales, recupera factores débiles.	(75) (76)
Método de los mínimos cuadrados no	Es el mismo principio del métodos de factorización del eje principal	No asume normalidad multivariada,	Variable categórica ordinal	Es el más eficiente para variables	No requiere la estimación inicial de las	(60)

ponderados (ULS)	los datos no cumplen los supuestos de normalidad.		ordinales, pero en muestras grandes.	comunalidades. Son eficientes en términos de computación		
Método de los mínimos cuadrados no ponderados robustos (RULS)			Funcionan bien indistintamente del tamaño de muestra y número de categorías	Resta importancia a los datos atípicos	(74)	
Método Mínimos Cuadrados ponderados (WLS)			Variable categórica ordinal	Mejor resultado en muestras pequeñas		
Método mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV)	Distribución alejada de la normalidad en ecuaciones estructurales y en el AFC		Variable ordinal	Funcionan bien indistintamente del tamaño de muestra y número de categorías	Resta importancia a los datos atípicos	(71)(74)
Método de los mínimos cuadrados simples	Para variables continuas como categóricas			Indicado cuando las muestras no son grandes y el		

robustos (ULS-R)				número de variables sí.
Método de máxima verosimilitud (MV)	Este método es inferencial, identifica un conjunto de factores que explican la varianza común, crea estimaciones de las cargas factoriales de la población que tiene “mayor probabilidad “de haber producido la matriz de correlaciones observadas proporciona las estimaciones de los parámetros que con mayor probabilidad han producido la matriz de correlaciones observadas.	Variable que cumple distribución normal (condición clave)	Variable continua	Proporciona la provisión de índices de ajuste. Es más útil para el AFC por que permite la validación cruzada de los resultados del AFE. (70)(71) (77) (78)
Método de máxima verosimilitud robusto		Variable que cumple distribución normal	Variable continua	Resta importancia a los datos atípicos (71) (77)

Fuente: Elaboración propia basado en las referencias (60) (71) (74) (77) (76) (78).

Es necesario hacer algunos alcances sobre el método de análisis de componentes principales por su uso masivo en la literatura antigua. El análisis de componentes principales (ACP) reduce las variables originales a nuevas variables llamadas componentes, que son combinaciones lineales de las variables iniciales. El primer componente principal busca maximizar la varianza entre los participantes de la muestra, es decir, tiene la varianza muestral más grande posible. Históricamente, el ACP fue el método más común para estimar coeficientes de patrón debido a que era el procedimiento predeterminado en muchos programas de software (77).

El ACP difiere del método de factorización del eje principal y del método de máxima verosimilitud en que identifica un conjunto de componentes que explican tanto la varianza común como la varianza única (incluido el error) de los indicadores. La mayoría de los investigadores consideran que los métodos de análisis factorial, como factorización del eje principal y máxima verosimilitud, son más adecuados para identificar factores latentes que explican la varianza común en los indicadores. Por el contrario, el ACP no se considera un método de análisis factorial, porque los componentes resultantes no reflejan únicamente la varianza común. Por esta razón, factorización del eje principal y máxima verosimilitud son enfoques basados en factores (por ejemplo, análisis factorial), mientras que el ACP es un enfoque basado en componentes (por ejemplo, análisis de componentes) (70).

Por lo tanto, ya no tiene sentido utilizar el ACP como método de estimación de factores en el contexto del análisis factorial exploratorio (AFE). De hecho, existen estudios empíricos y de simulación que desaconsejan firmemente el uso del ACP, porque pueden llevar a soluciones muy diferentes. Cuando se aplica en situaciones donde un modelo factorial es más adecuado, el uso del ACP como método de estimación de factores implica ignorar el error de medida, lo que puede aumentar artificialmente las cargas factoriales y los porcentajes de varianza explicados por los factores, y puede producir una sobreestimación de la dimensionalidad del conjunto de ítems (79).

Método de retención de factores

La determinación del número de factores a retener es un aspecto crucial en el análisis factorial (80). En la tabla 5, se presentan los métodos más comúnmente utilizados para este propósito, que buscan identificar los factores relevantes. Cada método tiene sus ventajas y desventajas, como se puede observar. Los autores recomiendan tomar la decisión de retener un número determinado de factores considerando el aspecto teórico de la investigación que se está realizando y utilizar más de un método de los señalados; sin embargo, está claro que no se debe utilizar el método de Kaiser, que consiste en retener todos los factores con un valor mayor a 1, ya que se ha demostrado que genera un sobre dimensionamiento en la retención de factores (70).

Tabla 5. Métodos para determinar el número de factores a ser retenidos para aplicar el análisis factorial exploratorio

Método de retener factores	Descripción del método	Ventajas / desventajas	Referencias
MAP de Velicer	Calculándose en cada fase la raíz cuadrada media de las correlaciones parciales correspondientes	Desventaja: Es que no distingue entre varianza común y varianza de error.	(60)
Análisis en paralelo (AP)	El procedimiento del AP se desarrolla de forma iterativa, en cada etapa evaluándose la raíz media cuadrática asociada a las correlaciones parciales para determinar la contribución de cada componente.	Ventaja: Es un refinamiento de la prueba de sedimentación en la que se evita la subjetividad, funciona bien para identificar los factores en diversas situaciones por lo que se recomienda. La desventaja no distingue entre varianza común de varianza de error. Es el método más preciso.	(60) (75) (80)
Criterio de Kaiser-Guttman	El número de factores se determina considerando aquellos cuyos valores propios superan la unidad, es decir, se retienen todos los factores con valores mayores a 1. Aunque el fundamento teórico de este criterio no está completamente establecido, diversos autores sugieren que se basa en el análisis de componentes principales (ACP). Este enfoque es el más comúnmente empleado en la literatura	Desventaja: Ignora la variabilidad de la muestra y sobre estima el número de factores a ser retenidos (fundamentalmente cuando se trata de variables ordinales) motivo fundamental que se desaconseja.	(60) (71) (78) (80) (81)

Raíz media cuadrática residual (RMCR)	<p>especializada para la selección del número de factores a conservar.</p> <p>Se trata de un indicador descriptivo que refleja la magnitud promedio de las correlaciones residuales, donde un valor de referencia igual o inferior a 0,05 se considera indicativo de un ajuste adecuado del modelo.</p>	Ventaja: Es un criterio empírico, pero funciona bien en la práctica.	(60) (71) (81)
Índice gamma o GFI	<p>Se trata de un índice de bondad de ajuste que cuantifica la proporción de la covarianza entre los ítems explicada por el modelo planteado, con valores que oscilan entre 0 y 1. Un valor superior a 0,95 se interpreta como indicativo de un ajuste adecuado del modelo.</p>	Ventaja: Puede utilizarse con la mayor parte de los métodos de extracción de factores.	(60) (71)
Índice medio cuadrático de aproximación (RMSEA)	<p>Este índice cuantifica el error de aproximación del modelo propuesto, evaluando la discrepancia entre la matriz de correlaciones poblacional y la matriz generada por el modelo.</p> <p>Valores inferiores a 0,05 se consideran indicativos de un buen ajuste, mientras que valores entre 0,05 y 0,08 sugieren un ajuste aceptable.</p>	Ventaja: Trabaja bien con estimadores ULS, MV.	(60) (71)
Prueba de pantalla de Cattell.	<p>Se trata de un método gráfico conocido como gráfico de sedimentación, en el cual el eje horizontal (x) representa los factores y el eje vertical (y) los valores propios asociados a cada uno. El primer componente, que explica la mayor</p>	Ventaja: En la mayoría de los programas comerciales, viene el gráfico de sedimentación y se puede hacer el cálculo.	(70) (77) (78) (81)

Varianza Extraída o Índice H	<p>proporción de la varianza, presenta el valor propio más alto y se sitúa en el extremo izquierdo del gráfico. A medida que se avanza hacia la derecha, los valores propios disminuyen progresivamente hasta que se observa un cambio abrupto en la pendiente, denominado punto de inflexión o “codo”. Este punto marca el criterio para determinar el número óptimo de factores a retener en el análisis.</p>	<p>Desventaja: Es un método subjetivo y depende de la experiencia del investigador determinar el número de factores.</p>
	<p>La selección de factores a retener se basa en el porcentaje de varianza explicada por cada uno. Algunos autores recomiendan conservar aquellos factores que en conjunto expliquen entre el 75 % y el 90 % de la varianza total, mientras que otros consideran suficiente retener factores que expliquen al menos el 50 % de la varianza.</p>	<p>Ventaja: Una vez obtenido la varianza total explicada por el paquete estadístico utilizado, se visualiza el porcentaje que explique el 50 % de la misma y se obtiene el valor del resultado.</p>

(78) (81)

Fuente: Elaboración propia basado en las referencias (60) (71) (77) (78) (80) (81).

Rotación de factores

Una vez que se ha determinado el número de factores, y con el fin de proseguir con el análisis factorial exploratorio (AFE), es necesario realizar la rotación de los datos, a menos que se haya retenido un solo factor que explique la totalidad de la varianza común (74). El término "rotación" deriva del hecho de que estas transformaciones se realizaban originalmente de forma gráfica utilizando representaciones geométricas. El objetivo principal de la rotación es obtener una estructura simple que intente cargar cada variable en la menor cantidad de factores posibles, pero que a la vez maximice el número de cargas altas en cada variable (78). En otras palabras, se busca obtener cargas factoriales más interpretables (70). En la literatura, se plantean dos métodos de rotación: los métodos ortogonales y los métodos oblicuos.

Los métodos ortogonales, como la técnica de varimax y quartimax, son los más utilizados, en parte, porque son predeterminados en muchos programas estadísticos (74). Sin embargo, algunos expertos han cuestionado el uso generalizado de este método ortogonal, ya que su uso debe estar sujeto al análisis de la relación entre factores (81). La técnica de varimax es la más comúnmente utilizada dentro de este método (60).

Por otro lado, los métodos oblicuos incluyen técnicas como oblimin y promax (75). Según diversos autores, la elección entre uno u otro método depende del estudio que se esté realizando, ya que no existe un consenso claro sobre cuál es mejor (71). Se ha sugerido que el método oblicuo debería ser la primera elección, ya que casi todos los fenómenos estudiados en ciencias sociales y en la salud están relacionados (71). Además, se recomienda aplicar una rotación oblicua inicialmente; si como resultado se obtienen correlaciones menores o insignificantes (por ejemplo, $<0,30$), se puede realizar una segunda rotación con un método ortogonal (74). Una vez elegido el método de rotación, las diversas técnicas que lo conforman pueden utilizarse indistintamente, ya que no han demostrado una superioridad clara entre ellas (82) (83).

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

El análisis factorial confirmatorio (AFC) es el método más utilizado para obtener evidencia sobre la validez de constructo (84). Es un método estadístico que se realiza para

verificar la estructura factorial especificada por el investigador, lo que respalda la validez del constructo o de un instrumento de medición (57). El AFC se aplica comúnmente para evaluar una estructura latente desarrollada previamente con base en una postura teórica (85). En el caso de haber generado un instrumento que fue sometido al análisis factorial exploratorio (AFE), posteriormente, se debe comprobar que la estructura latente a través del AFC.

El propósito del análisis factorial confirmatorio (AFC) es perfeccionar una teoría ya establecida, validar una estructura previamente propuesta o incluso evaluarla en diferentes poblaciones (57) (85). Al examinar la estructura interna de un instrumento, es posible comprobar si este realmente mide el constructo que pretende evaluar y determinar si los datos empíricos obtenidos se ajustan al modelo teórico subyacente (86) (87). La evaluación del ajuste se realiza a través de dos tipos de índices: incrementales y absolutos. Los índices incrementales miden la mejora del modelo propuesto en comparación con un modelo base (88); mientras que los índices absolutos indican el grado en que la matriz de covarianzas observada coincide con la matriz de covarianzas del modelo teórico; a menor valor de estos índices, mejor es el ajuste del modelo (89).

En la tabla 6, se exponen las características de los índices de ajuste más utilizados en el AFC, destacando sus parámetros de uso y la recomendación de utilizarlos simultáneamente para determinar el ajuste del modelo.

No existe un solo criterio de corte que se pueda aplicar a cualquier índice, por lo que se debe tener en cuenta criterios, como complejidad del modelo, el tamaño de la muestra, el número de indicadores por factor, la calidad de la medición en los modelos de variable latente (80) (88).

Tabla 6. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio

Índice incrementales	Descripción	Rango de ajuste	Referencias
CFI Índice de bondad de ajuste comparativo	<p>El valor de CFI depende de los mismos supuestos que RMSEA acerca de la distribución, CFI sigue también la distribución χ^2 no-central.</p> <p>Es uno de los índices de bondad de ajuste con una menor influencia del tamaño muestral. Por este motivo, CFI es uno de los índices más utilizados; sin embargo, el índice CFI es sensible cuando las variables observadas no siguen la normalidad multivariable.</p>	<p>Valor $\geq 0,95$ se considera que el modelo se ajusta a la muestra.</p>	<p>(90) (91) (92) (93)</p>
GFI Índice de bondad de ajuste o índice gamma	<p>Es un índice de ajuste absoluto, mide la proporción de varianza-covarianza de la matriz de covarianzas muestral que se pronóstica a través de la matriz de covarianzas explicada por el modelo. Es un coeficiente de determinación multivariado que indica la proporción de covarianza entre las variables explicada por el modelo propuesto. Se indica que los valores medios de GFI tienden a aumentar conforme se incrementa el tamaño muestral, se ha observado que aumentan los valores de GFI cuanto mayor</p>	<p>El valor de GFI oscila entre 0 y 1, indicando cada uno de estos valores un mal ajuste y un ajuste perfecto, respectivamente.</p> <p>Valor $\geq 0,89$ se considera que el modelo se ajusta a la muestra de 100 casos, para muestras mayores se recomienda un corte de 0,93.</p>	<p>(60) (94) (95)</p>

	es el número de casos. También se ha observado que al usar GFI con bajas saturaciones factoriales es más probable aceptar modelos mal especificados.		
TLI Índice de Tucker-Lewis	Se trata de un índice relativo que evalúa cuánto mejora el ajuste del modelo propuesto en comparación con el modelo nulo, que asume la ausencia de factores, considerando la mejora que cabría esperar de un modelo con buen ajuste. Este índice se interpreta como un indicador de fiabilidad. Una de las ventajas más destacadas del uso del TLI es que su valor se ve menos afectado por el tamaño de la muestra.	El punto de corte recomendado es $< 0,90$	(60) (96) (97) (98)
AGFI Índice de bondad de ajuste corregido	El AGFI es una herramienta diseñada para minimizar el impacto del tamaño de la muestra al evaluar el ajuste de un modelo. Al igual que el índice TLI, el AGFI considera la complejidad del modelo. Este índice modifica el valor del GFI tomando en cuenta los grados de libertad, de modo que, a mayor similitud entre los grados de libertad del modelo propuesto y los del modelo base, el AGFI se aproxima más al GFI. En esencia, el índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) representa una versión extendida del	Al igual que GFI, los valores AGFI oscilan entre 0 y 1, siendo los valores elevados concretamente, mayores que 0,90 indicativos de buen ajuste.	(95)

Índice absoluto	Descripción	Rango de ajuste	Referencias
RMSEA Raíz del residuo cuadrático medio de aproximación	<p>GFI, incorporando un ajuste basado en los grados de libertad de ambos modelos.</p> <p>En la prueba estadística asociada al índice χ^2 de razón de verosimilitud, la hipótesis nula (H0) sostiene que el modelo teórico se ajusta perfectamente a los datos, aunque en la práctica esto rara vez ocurre. Además, el tamaño de la muestra puede influir considerablemente, incrementando la probabilidad de rechazar dicha hipótesis. El índice RMSEA surge como una alternativa para abordar esta limitación, ya que evalúa si el modelo propuesto presenta un "ajuste cercano" con respecto a la matriz de covarianzas de la población. Así, el RMSEA permite estimar la calidad del ajuste que se esperaría si el modelo se aplicara a la población completa, en lugar de solo a la muestra. En otras palabras, el RMSEA cuantifica la discrepancia entre la matriz de correlaciones poblacional y la que reproduce el modelo, bajo la premisa de que los modelos son aproximaciones y mide en qué grado el modelo evaluado puede considerarse adecuado.</p>	<p>Se recomienda utilizar este índice en muestras superiores a 200 casos. Un valor de RMSEA inferior a 0,05 indica un buen ajuste del modelo; valores entre 0,05 y 0,08 sugieren un ajuste razonable.</p> <p>Cuando el RMSEA se encuentra entre 0,08 y 0,10, el ajuste se considera mediocre, mientras que valores superiores a 0,10 reflejan un ajuste deficiente del modelo propuesto.</p>	<p>(60) (80) (99) (100)</p>
SRMR	<p>El SRMR también es una medida de "mal ajuste", ya que cuantifica las diferencias</p>	<p>El mejor valor posible es 0, lo que indica una reproducción perfecta de la matriz de</p>	<p>(101)</p>

Raíz media cuadrática residual	cuadráticas promedio entre cada correlación empírica bivariada y la contraparte implícita del modelo respectivo.	correlación empírica, mientras que los valores más altos de SRMR reflejan un ajuste más pobre del modelo.	
X ² /gl			
Razón Ji-cuadrado/grados de libertad			(92) (93)
RMR Raíz del residuo cuadrático medio	Este índice se entiende como la varianza residual estandarizada calculada a partir de la muestra. Refleja el valor promedio de los residuos derivados de la discrepancia entre las matrices de covarianzas observadas en los datos muestrales y las predichas por el modelo teórico. Su función es evaluar en qué medida las varianzas y covarianzas de la muestra difieren de las estimaciones generadas por el modelo.	Es útil en muestras < de 200. Cuanto más se aproxima RMR a 0, mayor es el ajuste del modelo hipotetizado, pues significa que entre las matrices de covarianzas muestral y la poblacional hay un parecido mayor. Se recomienda el punto de corte $\alpha = 0,90$ en una muestra de 100 casos o menos, para muestras > de 100 casos el punto es <0,80.	(94) (101)
NFI El índice normado de ajuste		Compara el modelo propuesto y el modelo nulo considerando un valor aceptable si es mayor a 0,90.	(102)
PNFI Índice de ajuste normado de parsimonia	Relaciona los constructos con la teoría que los sustenta.	Entre más cerca esté de 1,0 es mayor su relación.	(102)
PGFI	Este índice se entiende como la varianza residual estandarizada calculada a partir de la muestra.	Consideradas aceptables se encuentran en el rango de 0,5 a 0,7.	(102)

Índice de bondad de ajuste de parsimonia	Refleja el valor promedio de los residuos derivados de la discrepancia entre las matrices de covarianzas observadas en los datos muestrales y las predichas por el modelo teórico. Su función es evaluar en qué medida las varianzas y covarianzas de la muestra difieren de las estimaciones generadas por el modelo.
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: Elaboración propia basado en las referencias. 90-95,97-102.

Estimadores en el análisis factorial confirmatorio (AFC)

Estimador de máxima verosimilitud (ML)

Para aplicar el método de máxima verosimilitud (ML), deben cumplirse varios supuestos, entre ellos la normalidad multivariable, la homoscedasticidad y la independencia de los residuos. Una forma de cumplir con estos supuestos es tener un tamaño muestral elevado. En este sentido, la sensibilidad para detectar diferencias entre los datos aumenta a medida que se incrementa el tamaño muestral.

En cuanto al tamaño muestral necesario al utilizar el método ML, el número de sujetos debe ser igual o superior al número de variables observadas. Para ser más específicos, si las variables observadas siguen una distribución normal multivariable, se recomienda una muestra mínima de entre 150 y 200 sujetos (103).

Es importante destacar que cuando se utilizan muestras superiores a 400 o 500 sujetos, pueden surgir diferencias significativas entre la matriz de datos y la matriz estimada, incluso si el modelo tiene un buen ajuste a los datos (104).

Existe evidencia de que, cuando no se cumple el supuesto de normalidad multivariable, los resultados obtenidos mediante este estimador pueden ser cuestionables. Sin embargo, se pueden hacer algunas precisiones: cuando la no-normalidad es severa, los resultados no son necesariamente eficientes, aunque siguen siendo consistentes (105). Otros autores mencionan que la asimetría en la distribución de los datos puede llevar a que los valores del índice de razón de verosimilitud χ^2 muestren un pobre ajuste del modelo hipotetizado, y que si la asimetría es severa, las estimaciones de parámetros realizadas por el método ML serán incorrectas (103).

Método de máxima verosimilitud robusta (RML)

Cuando no se cumple el supuesto de distribución normal multivariable, se puede aplicar el método de máxima verosimilitud robusta (RML). Al utilizar RML, es necesario que las variables observadas sean de naturaleza continua, por lo que, para la estimación de parámetros, se utilizan las correlaciones de Pearson (106). La utilización del método

RML requiere un tamaño muestral mínimo de 400 sujetos (106), aunque algunos autores recomiendan un mínimo de 1000 sujetos para garantizar resultados precisos (107).

Aunque los datos no cumplan con la suposición de normalidad multivariante, los resultados obtenidos mediante el método de máxima verosimilitud robusta (RML) suelen ser satisfactorios. No obstante, se recomienda evitar el uso de RML cuando la curtosis multivariante sea inferior a 5, ya que en estos casos su aplicación puede no ser adecuada (106).

En el análisis factorial con variables categóricas, existen dos enfoques alternativos al uso tradicional de las correlaciones de Pearson: la aproximación de información plena y la de información limitada. Dentro de esta última, un método común para la estimación de parámetros es de mínimos cuadrados no ponderados (ULS), que constituye un caso particular del método de mínimos cuadrados ponderados (WLS) (108).

Método de mínimos cuadrados ponderados (WLS)

Cuando las variables observadas no se ajustan a una distribución normal multivariante, es posible emplear métodos asintóticos libres de distribución que incorporan matrices de correlación policórica en sus procedimientos. Dentro de estos enfoques, el método de mínimos cuadrados ponderados (Weighted Least Squares, WLS) destaca como el más comúnmente utilizado.

Una ventaja significativa del WLS es que requiere cumplir con muy pocos supuestos respecto a la distribución de las variables observadas, ya que no depende de la normalidad multivariante para su validez (109). En contextos donde las variables observadas no cumplen con la normalidad, las indicaciones respecto al tamaño muestral requerido difieren; diversos autores proponen que este debería oscilar entre 1000 y 4000 participantes, dependiendo tanto de la naturaleza de los datos como del modelo estadístico empleado (108).

Método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS)

Se trata de un método de estimación de parámetros que no requiere que las variables observadas sigan una distribución específica, lo que lo hace recomendable para

variables categóricas. Este método se basa en la matriz de correlaciones policóricas. La aplicación del método de Mínimos Cuadrados Ponderados (WLS) puede presentar ciertas dificultades, como la aparición de matrices no positivas definidas y soluciones imprecisas. En estos casos, se recomienda el uso del método de mínimos cuadrados no ponderados (ULS). El método ULS es apreciado por ser fácil de calcular y comprender. Además, ULS es aplicable en situaciones en las que otros métodos de estimación no son factibles, como cuando una de las variables de la matriz de datos depende de una o más variables en la matriz (110).

Método de mínimos cuadrados no ponderados robusto (RULS)

Cuando se pretende estimar modelos complejos o no se dispone del tamaño muestral mínimo exigido por el método de Mínimos Cuadrados Ponderados (WLS), una alternativa viable es el método de Mínimos Cuadrados No Ponderados Robustos (Robust Unweighted Least Squares, RULS). Este método es una variante robusta del enfoque ULS y asume que las variables observadas se miden en una escala ordinal, por lo que emplea correlaciones policóricas para sus cálculos. Además, para la estimación se requiere la función de ajuste y la matriz de covarianza asintótica (AC), dado que no se asume la normalidad multivariante en los datos (107).

2.2.2. Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la estabilidad de las mediciones de un instrumento, lo que implica que deberían obtenerse resultados similares si los procedimientos son los mismos (25). La confiabilidad hace referencia a la reproducibilidad o consistencia de las puntuaciones de una evaluación a otra (111). Los atributos de la confiabilidad incluyen la homogeneidad, que es la consistencia interna (112) (113), y se calcula mediante diferentes métodos como el ítem-total, la confiabilidad por mitad, el coeficiente de Kuder-Richardson y el alfa de Cronbach (112). La estabilidad se evalúa mediante pruebas de test-retest, que consisten en administrar un instrumento a los mismos participantes más de una vez en circunstancias similares (112) (114). En general, un coeficiente de calificación menor a 0,3 se considera débil, entre 0,3 y 0,5 es moderado, y superior a 0,5 es fuerte (112). La equivalencia mide el nivel de concordancia entre los evaluadores

(112). Es importante entender la distinción entre estos tres atributos, ya que orientan al investigador sobre la evaluación adecuada de la confiabilidad (113).

Para evaluar la consistencia interna, que responde a la pregunta de cómo bien mide cada ítem el contenido o constructo en consideración, se ha citado durante mucho tiempo el método del alfa de Cronbach. Sin embargo, su aplicación exige que los datos proporcionados por el instrumento cumplan con ciertos supuestos: a) que sea una escala unidimensional, b) puntuaciones ponderadas por unidad, c) equivalencia esencial tau, lo que significa que la carga factorial media en el instrumento sea mayor de 0,7 y la diferencia entre la carga de cada ítem esté entre -0,2 y 0,2, d) los ítems se miden en una escala de nivel continuo o una escala ordinal con más de 5 definiciones de anclaje, e) que sea una muestra grande y que tenga una distribución normal con valores de asimetría/curtosis menores a +1, y f) establecer el error no correlacionado (24) (115). Si se cumplen estos supuestos, la aplicación del alfa de Cronbach es tentativamente aceptable con valores mayores de 0,70 a 0,84, y valores mayores de 0,85 a 0,90 indican una confiabilidad fuerte (115). Si no se cumplen los supuestos señalados, el resultado puede estar tergiversando la confiabilidad del instrumento (115). Se ha demostrado que el tamaño de la muestra influye en el valor del alfa de Cronbach, y el valor mínimo recomendado es de 100 sujetos (24). El grado de variabilidad de los datos afecta el valor de alfa; si la varianza y la desviación estándar son mayores, el valor de alfa aumenta, pero no es representativo (116).

El estadístico omega de McDonald se debe calcular como una alternativa al alfa si los datos violan uno o más de los siguientes supuestos: equivalencia de tau, escala de medición de nivel continuo, una escala ordinal con menos de 5 definiciones de anclaje, una muestra pequeña, una violación moderada de la normalidad (valores de asimetría/curtosis mayores a +1) o un error correlacionado (115).

2.2.3. Satisfacción en salud

2.2.3.1. Medición del nivel de satisfacción

La satisfacción es un concepto multidimensional, y su medición no es sencilla debido precisamente a su complejidad. Es importante considerar que la percepción está

influenciada por la experiencia previa y que el grado de interculturalidad debe ser tenido en cuenta al medir la satisfacción. Para medir la satisfacción, se han desarrollado diversas escalas e instrumentos. En el ámbito de la salud, incluso existen instrumentos sugeridos en Perú a través de normas técnicas generadas por el Ministerio de Salud. Sin embargo, estos instrumentos no siempre pueden ser aplicados de manera efectiva, o los resultados no reflejan lo que se pretende medir, porque la información no es completa, especialmente debido a la falta de consideración de la interculturalidad y la experiencia previa del paciente. Por lo tanto, se recomienda que las escalas que pretendan medir la satisfacción se desarrollen en el contexto donde van a ser aplicadas.

La evaluación de la satisfacción constituye una herramienta valiosa para los gestores en el ámbito de la salud, ya que facilita la mejora continua del servicio al identificar y corregir aquellos aspectos que reciben menor aprobación por parte de los usuarios, al tiempo que permite mantener o fortalecer los elementos que obtienen mejores valoraciones. La literatura especializada resalta varios principios fundamentales en la medición de la satisfacción. Por ejemplo, el principio hipocrático enfatiza que el bienestar del paciente debe ser la prioridad máxima en la atención médica (117). Por otro lado, el principio democrático sostiene que las personas afectadas por una decisión deben participar activamente en su toma (117). Asimismo, los derechos del consumidor reconocen la facultad del usuario para decidir según sus preferencias. Finalmente, se propone un cambio en el concepto de enfermedad, alejándose de una visión estrictamente biológica hacia una perspectiva más experiencial, en la que las personas se perciben como enfermas o saludables basándose en sus propias sensaciones, más allá de los resultados objetivos de evaluaciones externas (117).

2.3. Definición de términos básicos

Calidad de atención

Se define como el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de alcanzar resultados de salud deseados (118).

Días de estancia hospitalaria

Se define como el tiempo que un paciente permanece en un hospital o centro de salud, desde su ingreso hasta el alta (119). La estancia hospitalaria es un indicador importante para evaluar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, ya que refleja cómo se utilizan los recursos y cómo se gestiona la atención al paciente.

Egreso hospitalario

Se define como el retiro de un paciente de los servicios de internamiento del hospital, lo que implica la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama hospitalaria (119).

Hospital

Es un establecimiento destinado a la atención y asistencia de enfermos, proporcionando servicios médicos, de enfermería y técnicos las 24 horas del día, los 365 días del año. Estos centros cuentan con tecnología, instrumentación farmacológica adecuada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes con diversas patologías, desde las más simples hasta las más complejas y críticas (119).

Paciente hospitalizado

Se define como una persona que ha sido admitida formalmente en un hospital o establecimiento de salud con el propósito de recibir atención médica intensiva y supervisión constante. Esta admisión generalmente requiere una orden médica específica y se realiza cuando el paciente necesita cuidados que no pueden ser proporcionados en un entorno ambulatorio, como tratamiento quirúrgico, monitoreo continuo o cuidados postoperatorios (119).

Tasa de reingreso

El ingreso de un paciente en un hospital dentro de un período determinado después de haber sido dado de alta previamente (120).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación es de diseño no experimental, de corte cuantitativo y transversal y de nivel de investigación explicativo (22).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población en estudio corresponde a los pacientes que egresan mensualmente del Servicio Hospitalización de Medicina del Hospital III Daniel Alcides Carrión Red Asistencial EsSalud Tacna en el periodo enero a agosto del 2024, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Para el periodo del estudio, correspondió a 1200 pacientes egresados.

3.2.2. Muestra

Se trabajó con una muestra representativa conformada por 400 pacientes que ha egresado del Servicio de Medicina área de hospitalización en el periodo señalado. Esta muestra, a su vez, se ha subdividido 200 pacientes para el análisis factorial exploratorio (AFE) y se completó a 400 pacientes para el análisis factorial confirmatorio (AFC).

Se realizó un muestro no probabilístico por conveniencia de jueces por las características y la comprensión del instrumento, pues el paciente tuvo que tener la capacidad intelectual de poder responder el instrumento , los participantes han cumplido los criterios de inclusión de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Pacientes que fueron dados de alta del Servicio de Medicina, que consientan de manera informado, libre y voluntaria a participar del estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes que cumplen los criterios de inclusión, pero que presentan algún problema de discernimiento que no les permita responder el instrumento de recolección de datos o que no firmen el consentimiento informado.

3.2.3. Variables

El instrumento de la escala de satisfacción en salud 1.0NF

Tiene cuatro dimensiones a través de los cuales se mide la satisfacción.

3.2.3.1. Identificación de variables

- Variable independiente:

Escala de Satisfacción de Salud 1.0-NF

Dimensiones:

- Labor y actitud del personal médico
- Labor y actitud del personal de enfermería
- Labor y actitud del personal técnico de enfermería
- Condiciones organizacionales y estructurales de la Institución.

- Variable dependiente:

Satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina

3.2.4. Operacionalización de las variables

Variable de estudio independiente	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Unidad/ categorías	Escala
Satisfacción en salud 1.0-NF	El trabajo médico se entiende como la prestación de servicios profesionales por médicos-cirujanos, orientados a varios objetivos clave. Estos incluyen la preservación de la vida humana, así como acciones de promoción, prevención y recuperación que promuevan la salud, la rehabilitación física y psicosocial de individuos, familias y comunidades (6).	1. Labor y actitud del personal médico.	<ul style="list-style-type: none"> a. El médico fue cortés con usted. (8) (121) b. El médico le explico el motivo de la hospitalización. (9) c. Que tan bien respondieron los médicos a sus problemas de atención? (10) (122) d. Los médicos. ¿Lo mantienen al tanto de su progreso? (10) e. Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento. ¿se lo explicaron? (10) (121) f. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesite? (9)(10) g. ¿Los médicos acuden a su llamado cuando lo necesitó? (10)(123) h. Conoce el nombre del médico. (124) i. Considera que el tiempo que el médico ha realizado la visita médica es adecuado? (10) 	Escala de Likert 5 categorías	Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> j. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿considera que es adecuada? (10) k. Los médicos que lo atendieron en la hospitalización le dan confianza y seguridad. (10)(123) l. Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención ? (123) m. La información que da el médico a su persona: fue el adecuado? (11) n. La información que brindo a sus familiares. ¿fue adecuado? (11) o. Evaluación global de la calidad médica. (122) 		
	<p>La enfermera(o), en su calidad de profesional de la Ciencia de la Salud, desempeña un papel crucial en la prestación de servicios de salud integrales, utilizando un enfoque científico, tecnológico y sistemático (18).</p>	<p>2.Labor y actitud del personal de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Hicieron su trabajo en el tiempo adecuado? (124) (125) b. ¿La enfermera acuden a su llamado cuando lo necesitó? (9) (11) c. La enfermera lo escucho lo suficiente? (9) (12) d. En general, diría que el personal de enfermería le ha demostrado simpatía? (9) e. ¿La enfermera lo estimuló para preguntar lo que no entendía? (9) (11) 	<p>Escala de Likert 5 categorías</p>	<p>Ordinal</p>

			<p>f. En general, diría que el personal de enfermería le ha demostrado interés? (9)</p> <p>g. La enfermera, antes de realizar cualquier procedimiento con usted, ¿se lo explicó? (11)</p> <p>h. ¿La enfermera le explicó sobre la medicación que le colocaron? (10) (122)</p> <p>i. ¿Qué tan bien respondieron la enfermera a sus problemas de atención médica? (10)</p> <p>j. Disposición de ayuda de la enfermera cuando lo necesita. (9)</p> <p>k. Evaluación global de la calidad de enfermería. (9)</p>		
		3.Labor y actitud del personal técnico de enfermería.	<p>a. ¿El personal técnico ha demostrado cortesía en la atención? (126)</p> <p>b. ¿Le explicó la rutina y que procedimiento que se hace en el hospital? (11)</p> <p>c. ¿Hicieron las camas en el tiempo adecuado? (11)</p> <p>d. ¿El personal técnico acude al llamado cuando lo necesitó? (127)</p> <p>e. En general, ¿diría que el personal técnico de enfermería le ha demostrado simpatía? (124)</p>	Escala de Likert 5 categorías	Ordinal

			f. Evaluación general de la calidad del técnico. (124)		
		4.Condiciones organizacionales y estructurales.	<p>a. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad? (123)</p> <p>b. Hay buena señalización intrahospitalaria. (122)</p> <p>c. ¿La tecnología del hospital considera que es adecuada? (125)</p> <p>d. ¿Le molesta el ruido en la noche? (126)</p> <p>e. ¿El ambiente fue de calma y tranquilidad? (125)</p> <p>f. ¿Fue cómoda su cama? (122)</p> <p>g. ¿Le molesto el ruido durante el día? (123)</p> <p>h. ¿Considera que la duración de la hospitalizado fue adecuado? (12)</p> <p>i. Cuidados recibidos por el personal de la comida. (126)</p> <p>j. La limpieza de los baños y duchas. (128)</p> <p>k. La limpieza de la ropa de los pacientes (122). En general, indique su nivel de satisfacción global con la calidad del servicio. (123)</p>	Escala de Likert 5 categorías	Ordinal

Variable de estudio Variable dependiente Nivel de satisfacción			Niveles de satisfacción	Insatisfacho Poco Satisfacho Satisfacho Muy Satisfacho Escala de Likert	Ordinal
	La calidad de la atención médica implica la aplicación efectiva de la ciencia y la tecnología médica para optimizar los beneficios para la salud, minimizando simultáneamente los riesgos asociados (1).				

Variables de Caracterización aleatorias	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Unidad/categorías	Escala
Características	Características biológicas y	Resultado de cuestionario de 5 ítems abiertos y cerrados para la dimensión	Edad	Años	Intervalo
			Sexo	Hombre	Nominal

	socioeducativas del paciente	características individuales sociodemográfico.		Mujer	
			Estado civil	Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Divorciado/a	Ordinal
			Nivel educativo	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ordinal
			Lengua materna	Español Quechua Aymara Otro	Nominal
			Comorbilidad	Si comorbilidad No comorbilidad	Nominal
			Procedencia	Tacna Moquegua Puno Arequipa otro	Nominal

3.2.5. Etapas del estudio

El presente estudio, con fines metodológicos y académicos, se ha dividido en cinco etapas: 1) diseño del estudio; 2) validación de contenido; 3) aplicación al grupo piloto; 4) validez del constructo y 5) confiabilidad.

3.2.4.1. Etapa 1: Diseño del estudio

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando palabras clave como "satisfacción del paciente", "calidad de la atención de salud", "hospitalización", "confiabilidad" y "validez", así como sus equivalentes en inglés: "patient satisfaction", "quality of health care", "hospitalization", "reliability and validity", "exploratory factor analysis" y "confirmatory factor analysis". La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos como ScienceDirect, Scopus, PubMed, Google Scholar y SciELO. Con esta información, se revisaron todos los artículos originales, metaanálisis y revisiones sistemáticas, y se seleccionaron 65 ítems que tenían mayor aceptación por la población donde se realizó el instrumento. Los ítems seleccionados se enviaron a cinco médicos internistas con más de 15 años de experiencia para que los evaluaran mediante el método Delphi.

Aplicación del método Delphi

Primera parte: Se entregó a los médicos internistas expertos, dos de la ciudad de Lima y tres de Tacna, con más de 10 años de experiencia en el campo de la práctica clínica, una relación de 65 ítems sobre satisfacción en establecimientos de salud en áreas de hospitalización. Estos ítems provienen de una revisión narrativa realizada por el autor y se les hicieron llegar físicamente junto con un cuestionario de respuesta para que pudieran valorarlos, jerarquizarlos o compararlos teniendo en cuenta la pertinencia.

Segunda parte: Las respuestas de los expertos recibidas individualmente fueron integradas. Para el tratamiento de las respuestas, en el caso de la valoración, se calculó la tendencia central de los valores asignados a cada reactivo por cada experto y se reordenaron en función de los valores medios obtenidos.

Tercera parte: Por lo general, se utilizó el criterio práctico de estabilización. Para ello, se utilizó como medida la variación del coeficiente de variación, que consiste en

calcular la desviación típica de las respuestas individuales de los expertos, dividida entre la media, y se prefijó un nivel arbitrario de reducción como referencia para la finalización.

Ver anexo 1 sobre los ítems evaluados por el método Delphi, cuyo producto logró consolidar 45 ítems como los más representativos para la construcción del instrumento satisfacción en salud 1.0NF".

3.2.4.2. Etapa 2. Validación de contenido

Los 45 ítems seleccionados por el método Dephi se sometio al método de juicio de expertos.

Se seleccionaron 10 profesionales de la salud como expertos para evaluar el instrumento propuesto. Entre ellos, había cinco médicos internistas con experiencia en hospitalización de 20, 15, 10 y 5 años, dos psicólogos del hospital, dos enfermeras coordinadoras del Servicio de Medicina con 10 años de experiencia en áreas de hospitalización, y un jefe del área de calidad y seguridad del paciente del hospital.

Criterios de evaluación

A cada experto, se le entregó, ya sea física o digitalmente (mediante Google Forms), los criterios que debían evaluar del instrumento propuesto. Los atributos a considerar fueron la relevancia, representatividad y claridad. Estos aspectos cualitativos se recogieron en el formato de validez basada en el contenido del instrumento satisfacción en salud 1.0 NF (ver anexo 2). La información se recogió mediante una escala Likert, y luego se procedió a registrarla en una hoja de Excel para aplicar el estadístico de V de Aiken. Este estadístico permitió evaluar los ítems que tenían las cargas más altas y, de esa forma, seleccionarlos. Se utilizó un punto de corte de 0,70, es decir, los ítems con valores iguales o mayores a este se consideraron aceptables y continuaron con el análisis, mientras que los valores menores fueron eliminados.

Los ítems seleccionados con V de Aiken fueron sometidos posteriormente al estadístico coeficiente W de Kendall, que permite determinar el grado de concordancia entre los expertos. Valores mayores a 0,500 indican que la concordancia entre los expertos tiene una alta significancia. Adicionalmente, dos estadísticos que evalúan

cuantitativamente la validez de contenido son la razón de validez de contenido (RVC) y el índice de validez de contenido (IVC). La RVC indica que los ítems deben ser seleccionados de la escala, porque, a criterio del experto, son adecuados para el estudio. Según los postulados de Lawshe (27) (51), para un grupo de 10 expertos, el valor RVC aceptable es 0,62 según nos muestra la tabla 2. El otro criterio cuantificable es el IVC, que señala que los ítems que se deben seleccionar son adecuados desde el punto de vista de los objetivos de la encuesta. Para un grupo de 10 expertos, el punto de corte debe ser un valor mínimo del IVC de 0,79 (ver tabla 3). Con estos cuatro estadísticos, se logró obtener la validez de contenido para 45 ítems, que pasaron a la siguiente etapa del análisis.

3.2.4.3. Etapa. Validación de constructo

En esta etapa, se subdivide en dos subetapas una de ellas el análisis factorial exploratorio (AFE) y la otra el análisis factorial confirmatorio (AFC).

3.2.4.3.1. Análisis factorial exploratorio (AFE)

Para realizar el AFE, se ha seguido los pasos establecidos por diversos autores (66) (69) (70), estos incluye los siguiente: a) adecuación de los datos y tamaño muestral, b) método de extracción de factores, c) retención de factores, d) rotación de factores y 5) interpretación de cargas factoriales.

- Adecuación de los datos y tamaño de muestra

Antes de realizar el análisis factorial exploratorio (AFE), se llevó a cabo un análisis preliminar para evaluar la adecuación de los datos. Con este fin, se realizaron medidas de adecuación muestral, cuyo uso es importante, porque indican si el análisis factorial es un modelo apropiado para la muestra en estudio. Se aplicó el test de esfericidad de Bartlett, que pone a prueba la hipótesis nula de que la matriz de correlación poblacional es una matriz de identidad, es decir, que las variables están correlacionadas en la muestra. Es útil considerar el test de Bartlett como una prueba de seguridad y una condición necesaria, donde el valor debe ser $P < 0,005$.

El índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) evalúa el grado de relación conjunta entre las variables. El rango del KMO es de 0 a 1 y, cuanto más alto sea el valor, mejor relacionados estarán los ítems.

Para el tamaño de la muestra a considerar en el AFE, se tuvo en cuenta lo señalado (71) (73), estableciendo un tamaño de muestra óptimo de 200 pacientes y utilizando ítems de evaluación con 5 puntos de anclaje (escala Likert).

Como la adecuación de los datos indicaba la pertinencia de la análisis factorial, se decidió evaluar la distribución de los datos para decidir la pertinencia del método de extracción en el AFE; con este fin, se decidió aplicar a la submuestra de 200 pacientes la prueba de Mardia para determinar la asimetría y curtosis multivariante.

- **Método de extracción de factores**

Se utilizó el método de factorización del eje principal como método de extracción, ya que produce menos casos de comunalidades superiores a 1 (Heywood) y evita la no convergencia en la estructura de datos, lo que impide las soluciones factoriales. Esta elección se debió a que la distribución de los datos no sigue una distribución normal y, en conjunto, la muestra no asume la normalidad multivariante (75) (76).

- **Retención de factores**

En este estudio, se seleccionaron tres métodos para la retención de factores: la prueba de Pantalla de Cattell, que consiste en evaluar el gráfico de sedimentación y trazar una línea después del primer componente hasta la horizontalidad de la curva; el método de la varianza extraída o índice H, que implica visualizar el número de factores que explican el 50 % de la varianza total; y el índice gamma o GFI, un coeficiente de determinación multivariado que indica la proporción de covarianza entre las variables explicada por el modelo propuesto. Los valores medios de GFI tienden a aumentar conforme se incrementa el tamaño muestral; se ha observado que los valores de GFI aumentan cuanto mayor es el número de casos. El valor de GFI oscila entre 0 y 1, indicando un mal ajuste y un ajuste perfecto, respectivamente. Un valor de $GFI \geq 0,89$ se

considera que el modelo se ajusta bien a la muestra de 100 pacientes; mientras que, para muestras mayores, se recomienda un corte de 0,93 (60) (94) (95).

- **Rotación de factores**

El objetivo principal de la rotación es obtener una estructura simple que intente cargar cada variable con la menor cantidad de factores posible, pero que, a la vez, maximice el número de cargas altas en cada variable. Para el presente estudio, se consideró el método de rotación ortogonal, específicamente la técnica de varimax (71).

- **Selección del número de ítems y factores**

Después de aplicar el método de extracción de factorización del eje principal en el paquete estadístico SPSS 29, se revisó la matriz de comunalidades y se consideraron las preguntas o reactivos con cargas factoriales de 0,40 a más por ser representativas. Posteriormente, se revisó la matriz del factor rotado y se extrajo el contenido de los reactivos para los cuatro factores.

3.2.4.3.2. Análisis factorial confirmatorio (AFC)

- **Método de estimación**

Como la distribución de los datos multivariante es no normal y con una muestra de 400 pacientes se procedió a realizar el AFC con el estimador mínimos cuadrados no ponderados con solución de Bootstrap considerado el paquete AMOS 29 anexo de SPSS, se calculó el diagrama path, los pesos de regresión estandarizados y el R cuadrado que explican en que medida el modelo se ajusta a la muestra seleccionada.

3.2.4.3. Confiabilidad

La confiabilidad, se refiere a la estabilidad de las mediciones de un instrumento, se deberían lograr resultados similares si los procedimientos son los mismos (25). La confiabilidad hace referencia a la reproducibilidad o consistencia de las puntuaciones de una evaluación a otra (111).

Para evaluar la consistencia interna que responde a la pregunta ¿ qué tan bien mide cada ítem el contenido o constructo en consideración? Para responder a esto, por muchas décadas, se ha citado al método de alfa de Cronbach, pero se debe hacer notar que su aplicación exige que los datos proporcionados por el instrumento cumpla con los siguientes supuestos: Que sea a) una escala unidimensional, b) puntuaciones ponderadas por unidad, c) equivalencia esencial tau; esto quiere decir que la carga factorial media en la instrumento sea mayor de 7 y la diferencia entre la carga de cada ítem esta entre -2 y 0,2, d) los ítems se miden en una escala de nivel continuo o una escala ordinal con más de 5 definiciones de anclaje, que sea una muestra grande y que tenga una distribución normal; con valores de asimetría /curtosis mayor +1 y e) establecer el error no correlacionado (24) (115). Si cumple con estos supuestos la aplicación del alfa de Cronbach sería tentativamente aceptable con valores de mayores de 0,70 a 0,84 y valores mayor de 0,85 a 0,90 sería una confiabilidad fuerte (115). Si no cumple los supuestos señalados, el resultado estaría tergiversando la confiabilidad del instrumento (115). Sobre el tamaño de muestra se ha demostrado que influye en el valor de alfa de Cronbach el valor mínimo recomendado es 100 sujetos (24). El grado de variabilidad de los datos afecta el valor de alfa; si la varianza y la desviación estándar es mayor el valor de alfa aumento y no es representativo (116).

El estadístico omega de McDonald se debe calcular como una alternativa al alfa de Cronbach si los datos violan uno o más de los siguientes supuestos: equivalencia de tau, escala de medición de nivel continuo, una escala ordinal con menos del 5 definiciones de anclaje o una muestra pequeña, una violación moderada de la normalidad (valores de asimetría / curtosis mayor +1) o un error correlacionado (115).

Para el presente estudio, se ha considerado por el tipo de distribución de los datos que es de tipo no normal el estadístico de omega de McDonald y se ha comparado con el estadístico de alfa de Cronbach y la confiabilidad compuesta para ver su comportamiento en la muestra.

3.3. Técnicas e instrumentos para recolección de datos

3.3.1. Técnicas

Se ha utilizado el instrumento satisfacción en salud 1.0 NF a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina hasta 15 días del alta, a través de llamada telefónica además, esta información ha sido completada con la información de soporte informático que se encuentra en la sistema del EsSalud ESSI.

3.3.2. Instrumentos

Ficha técnica: Ficha de recolección de datos de variables independientes

Nombre	Ficha de recolección de datos
Autor	Investigador principal Flores Valdez,N
Año	2023
Objetivo	Recoger datos históricos y de filiación del paciente.
Validación	Dominio de contenido.
Significancia:	El presente instrumento tiene por objeto recoger información sobre los aspectos sociodemográficos y hospitalarios de los pacientes hospitalizados.
Administración	Individual
Duración	El instrumento se puede aplicar en un tiempo de 10 minutos.
Evalúadores	Personal de apoyo para realizar el trabajo de campo.
Material	Cuadernillo.
Validación	Prueba de expertos (V de Aiken)

Ficha técnica : Ficha de recolección de datos de variable dependiente

Nombre	Cuestionario de satisfacción en salud 1.0 NF.
Autor	Flores Valdez, Neil
Año	2024

Objetivo	Determinar el nivel de satisfacción del usuario en el Servicio de Medicina área de hospitalización.
Validación	Técnica de prueba de expertos
Significancia:	El propósito de este cuestionario es evaluar el nivel de satisfacción mediante la recopilación de información tanto subjetiva como objetiva relacionada con la atención de salud brindada.
Administración	Individual, con una duración de 10 minutos.
Duración	El instrumento se puede aplicar en un tiempo de 10 minutos.
Evalúadores	Personal de apoyo para realizar el trabajo de campo.
Material	Cuadernillo.
Validación	Prueba de expertos, validación de constructo y fiabilidad.
Fiabilidad	Instrumento utilizado y validado por los 400 pacientes del estudio.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

- Análisis estadístico descriptivo

El primer control de calidad de los datos seleccionando de manera aleatoria a las fichas de recolección donde se ingreso la data. Posteriormente, los datos fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2019, donde se realizó el segundo control de calidad (filtración y depuración de datos incongruentes o ausentes).

Se describieron las características sociodemográficas de los pacientes, incluyendo variables como edad, sexo, diagnóstico al ingreso y egreso, así como el número de diagnósticos registrados en ambos momentos, siguiendo la clasificación CIE-10. Para presentar la distribución de estas variables en el estudio, se elaboraron tablas y gráficos explicativos.

Inferencia estadística

La base de datos fue ingresada en el programa estadístico SPSS versión 29 y Amos versión 29. Allí se realizó la validación de contenido mediante la validación de jueces y el cálculo del V de Aiken. Además, se aplicó el coeficiente W de Kendall para evaluar la

concordancia, así como la Razón de Validez de Contenido (RVC) y el Índice de Validez de Contenido (IVC).

Para determinar la pertinencia del análisis factorial exploratorio (AFE), se realizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett, lo que confirmó la unidireccionalidad de los datos con valores aceptables. Esto justificó la aplicación del análisis factorial. Como paso previo, se evaluó la distribución de los datos, encontrándose que no cumplían con los criterios de normalidad según el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y la curtosis.

Debido a esta característica, se eligió el método de factorización del eje principal y la rotación varimax. Para determinar el número de factores a extraer, se utilizaron tres métodos: la prueba de pantalla de Cattell, el índice gamma o GFI y la varianza extraída o Índice H. Se consideraron todas las preguntas o reactivos del instrumento con cargas factoriales superiores a 0,40 para el análisis.

El análisis factorial confirmatorio (AFC) se realizó considerando el análisis de normalidad multivariante mediante la prueba de Mardia de asimetría y curtosis, utilizando Real Statistic de Excel y se empleó el estimador de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) con Bootstrap a través de AMOS 29, con un nivel de significancia del 95 %. También se utilizaron los índices de ajuste del modelo: PCMIN/DF, RMR, GFI, AGFI y NFI.

3.5. Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el comité de ética del hospital III Daniel Alcides Carrión con constancia de aprobación CIEI- 12 - 2023 (ver Anexo 3).

Los pacientes que participación manifestaron su toma de información y llenado de la escala motivo del estudio después de firmar el consentimiento informado y con el compromiso de poderse retirar si así lo creen conveniente según lo establece la Declaración de Helsinki (ver anexo 4).

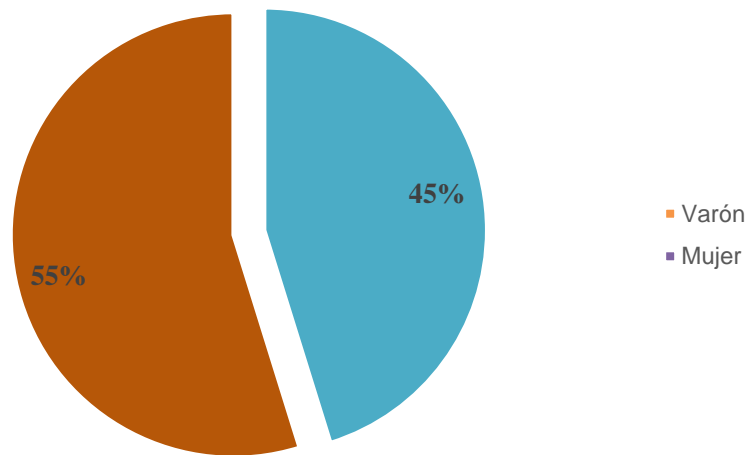
La confidencialidad de los datos es de solo conocimiento del autor y no se hará la relevación de los mismos cuidando la data bajo custodia por 10 años para luego ser depurada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Características de la muestra de estudio

Figura 1. Sexo de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF Hospital III Daniel Alcides Carrión Essalud Tacna 2023 – 2024

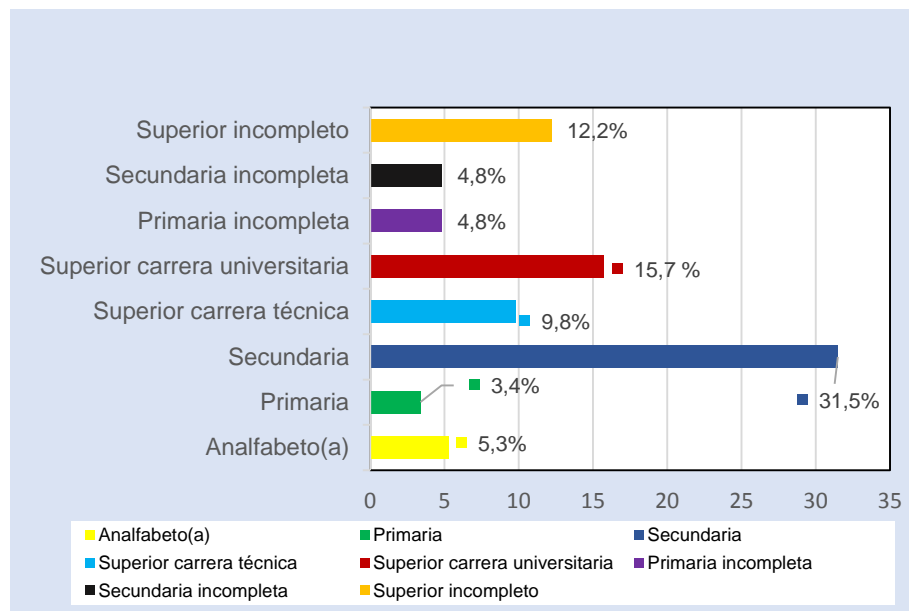


Datos de estudio

Interpretación

Según muestra la figura 1, de los 400 pacientes evaluados, en este estudio, la mayor proporción de pacientes considerados está conformada por el sexo femenino con un 54,8 %, seguida del género masculino con un 45,2 %.

Figura 2. Grado de instrucción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

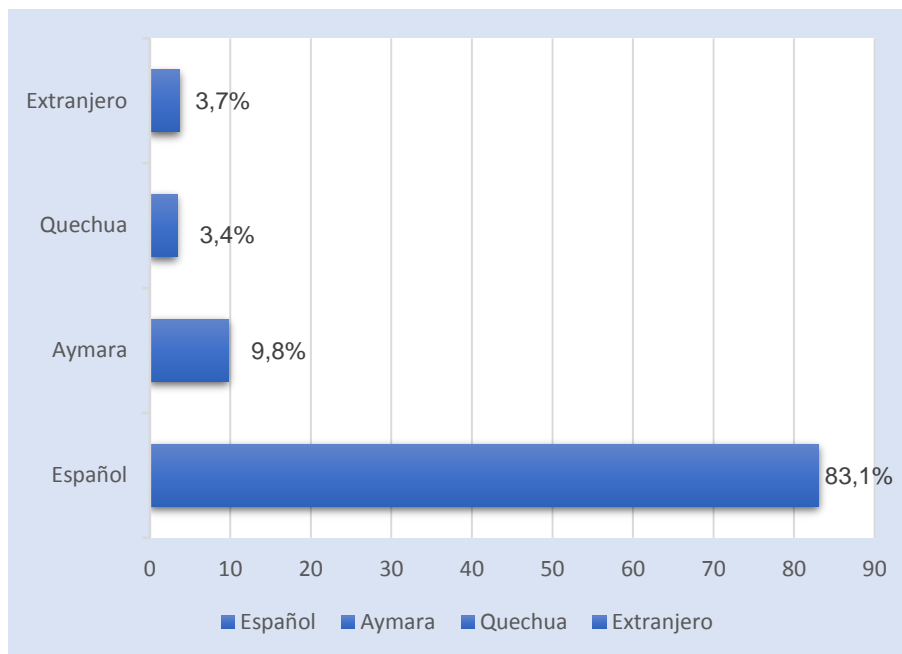


Fuente: Base de datos.

Interpretación

La figura 2 muestra que los pacientes con grado de instrucción secundaria es el grupo de mayor proporción con un 31,5 %, seguida del grado “superior universitaria” con un 15,7 %; así también esta figura muestra que el grupo de pacientes analfabetos representa el 5,3 % como grupo menos numeroso.

Figura 3. Lengua materna de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

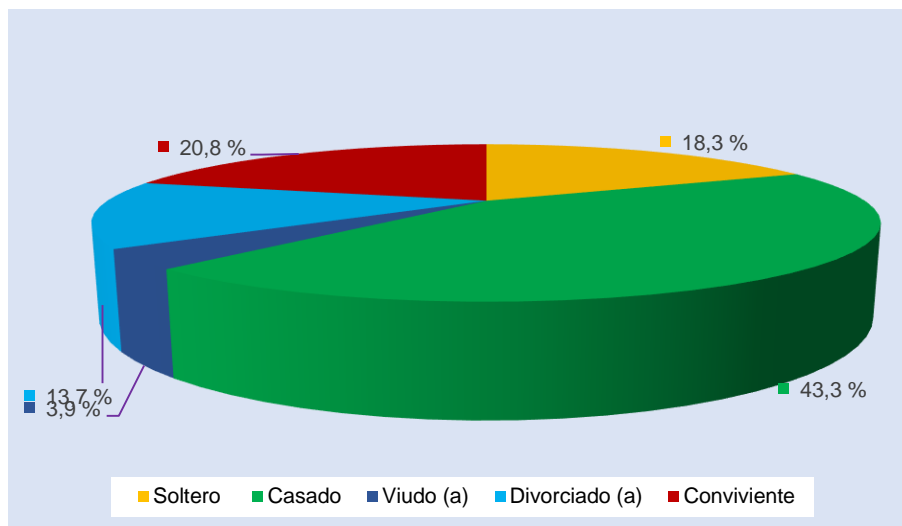


Fuente: Base de datos.

Interpretación

Teniendo en cuenta la interculturalidad, según la figura 3, la lengua materna que hablan los pacientes del estudio en mayor proporción está conformada por el grupo de pacientes tienen como lengua materna el “español” con un 83,1 %, seguida del “aimara” con un 9,8 % y el 3,7 % corresponde la lengua extranjera.

Figura 4. Estado civil de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina.
Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

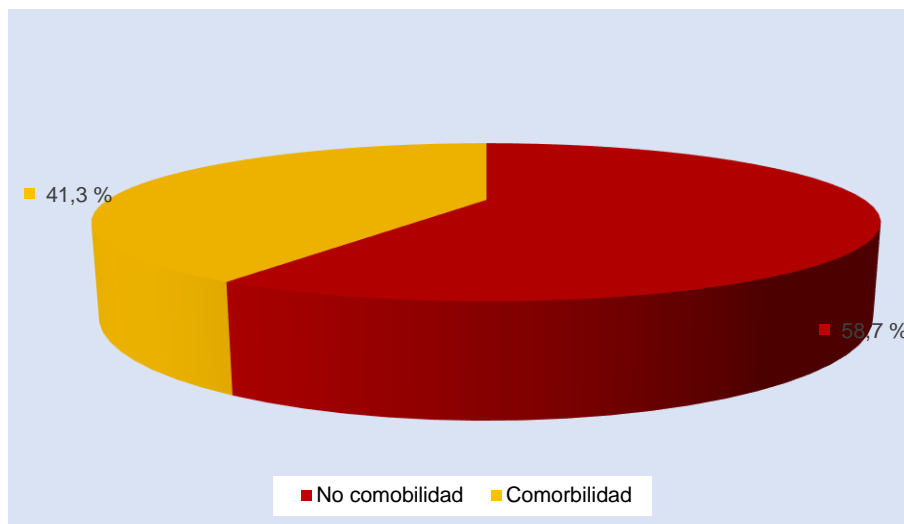


Fuente: Base de datos.

Interpretación

La figura 4 presenta a 400 pacientes del estudio, de los cuales, la mayor proporción de los mismos presenta estado civil “casado” con un 43,3 %, seguida del estado “conviviente” con 20,8 % como los más representativos y un 3,9 % es viudo.

Figura 5. Comorbilidad de los pacientes hospitalizados en el servicio de escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

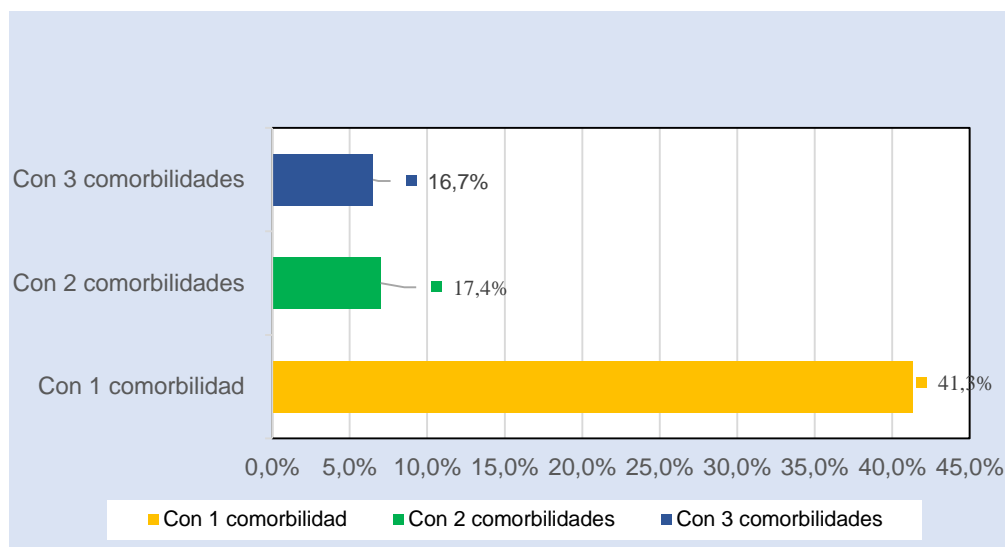


Fuente: Base de datos.

Interpretación

La figura 5 muestra que la comorbilidad estuvo presente en los pacientes del estudio. De ellos, fueron 214 pacientes, es decir, el 58,7 % no presenta comorbilidad y 146 (41,3 %) presentaron uno o más antecedentes patológicos indistintamente del sexo del paciente.

Figura 6. Comorbilidad y multimorbilidad a de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital DACIII 2023 – 2024



Fuente: Base de datos.

Interpretación

Según la figura 6, se evidencia que, de los 143 pacientes que presentaron comorbilidad al momento de hospitalizarse, 99 de ellos , que representan 69 %, presentaron una comorbilidad y 25 de pacientes presentaron 2 comorbilidades y 24 pacientes, es decir, un 16,7 % reportó tres comorbilidades al momento del ingreso a hospitalizarse. Se puede decir entonces que la multimorbilidad estuvo presente con 37 % en el gupo de los paciente comorbidos.

Resultados de la etapa 2

- Validación de contenido

Tabla 7. V de Aiken sobre el aspecto de relevancia de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

	Ju ez 1	Ju ez 2	Ju ez 3	Ju ez 4	Ju ez 5	Ju ez 6	Ju ez 7	J u ez 8	J u ez 9	J u ez 10	V de Aike n	Interpret ación de V	Intervalo de Confianza	
													Infe rior	Supe rior
1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	Válido	0,70	1,00
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
4. ¿El médico le explicó el motivo de su hospitalización?	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
12. ¿El médico le menciona sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,95	Válido	0,64	1,00
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95

22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,95	Válido	0,64	1,00
27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
28. Hicieron las camas a tiempo ?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	Válido	0,70	1,00
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
34. ¿hay una buena iluminación intrahospitalaria?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,95	Válido	0,53	0,97
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00

Fuente: Elaboración propia de la base de datos del estudio.

Interpretación

En la tabla 7, según la técnica de evaluación de expertos y utilizando el estadístico de V de Aiken sobre 10 jueces, encontró que el aspecto de relevancia es 0,88 con un IC (0,87-0,91) sobre 45 ítems evaluados. Se consideraron como válido por cuanto el punto de corte es 0,70. Este hallazgo que señala el alto grado que los ítems están relacionados con el propósito de la escala.

Tabla 8. V de Aiken sobre aspecto de representatividad. de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

	Ju ez 1	Ju ez 2	Ju ez 3	Ju ez 4	Ju ez 5	Ju ez 6	Ju ez 7	J u ez 8	J u ez 9	J u ez 10	V de Aike n	Interpret ación de V	Intervalo de Confianza	
													Infe rior	Supe rior
1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,63	1,00
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
4. ¿El médico le explico el motivo de su hospitalización?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,63	1,00
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
12. ¿El médico le menciona sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95

17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	3	1	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
28. Hicieron las camas a tiempo ?	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
34. ¿hay una buena iluminación intrahospitalaria?	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95

40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	0,85	Válido	0,53	0,97
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	0,80	Válido	0,48	0,95
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98

Fuente: Elaboración propia de la base de datos del estudio.

Interpretación

En la tabla 8, del análisis de validez de contenido a través de la técnica de evaluación de expertos y utilizando el estadístico de V de Aiken sobre 10 jueces, encontró que el aspecto de representatividad es 0,87, con un IC (0,85-0,89) sobre 45 ítems evaluados. Fueron considerados como válidos por cuanto el punto de corte es 0,70. Además, todos los ítems en esta cualidad tienen valores de > de 0,70 hallazgo que señala el alto grado que los ítems están relacionados con el propósito de la escala.

Tabla 9. V de Aiken sobre aspecto de claridad. de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

	J u e z 1	J u e z 2	J u e z 3	J u e z 4	J u e z 5	J u e z 6	J u e z 7	J u e z 8	J u e z 9	J u e z 10	V de Aike n	Interpret ación de V	Intervalo de Confianza	
													Infe rior	Supe rior
1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
4. ¿El médico le explico el motivo de su hospitalización?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
12. ¿El médico le menciona sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98

21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	3	1	3	2	3	3	2	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	0,81	Válido	0,48	0,95
28. Hicieron las camas a tiempo ?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
34. ¿hay una buena iluminación intrahospitalaria?	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	0,86	Válido	0,53	0,97
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,95	Válido	0,64	1,00
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	0,90	Válido	0,58	0,98

Fuente: Elaboración propia de la base de datos del estudio.

Interpretación

En la tabla 9, sobre la técnica de evaluación de expertos y utilizando el estadístico de V de Aiken sobre 10 jueces, encontró en el aspecto claridad un valor de 0,89 con un IC (0,87-0,90) sobre 45 ítems evaluados considerado como válido por cuanto el punto de corte es 0,70. Además, todos los ítems en el aspecto de claridad tienen valores de > de 0,70 hallazgo que señala el alto grado que los ítems están relacionados con el propósito de la escala.

Tabla 10. Evaluación de expertos V de Aiken, tres aspectos de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.ONF. Hospital III DAC 2023-2024

	V de Aiken	Intervalo de Confianza al 95 %	
Global	0,89	0,48	0,97
Relevancia	0,88	0,87	0,91
Representatividad	0,87	0,85	0,89
Claridad	0,89	0,87	0,90

Fuente: Elaboración de base de datos.

En la tabla 10, se presentan los hallazgos globales de la evaluación de jueces, considerando el estadístico V de Aiken. El valor global de todos los ítems es 0,89 con un intervalo de confianza (IC) de 0,48 a 0,97. El aspecto de claridad obtuvo un puntaje de V de Aiken global de 0,89, con un IC de 0,87 a 0,90, siendo el mejor evaluado. Por otro lado, el aspecto de representatividad alcanzó un valor de 0,87, con un IC de 0,85 a 0,89, siendo el aspecto menos evaluado. Sin embargo, los tres aspectos de la evaluación de los jueces presentaron valores superiores a 0,70, lo cual es considerado como válidos.

Tabla 11. Razón de validez de contenido sobre aspecto de relevancia. Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

	Ju ez 1	Ju ez 2	Ju ez 3	Ju ez 4	Ju ez 5	Ju ez 6	Ju ez 7	J u e z 8	J u e z 9	J u e z 1 0	RVC (**)	Valor de corte para 10 Evaluador es	Valor RVC acceptable
1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	0,62	Acceptable
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	0,40	0,62	No Acceptable
4. ¿El médico le explico el motivo de su hospitalización?	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
12. ¿El médico le menciona sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	0,40	0,62	No Acceptable
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,68	0,62	Acceptable
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	0,40	0,62	No Acceptable

20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,68	0,62	Acceptable
27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
28. Hicieron las camas a tiempo ?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	0,62	Acceptable
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
34. ¿hay una buena iluminación intrahospitalaria?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	0,40	0,62	No Acceptable
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,68	0,62	Acceptable
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,80	0,62	Acceptable
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	0,62	Acceptable
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,68	0,62	Acceptable

(**) Razón de validez de contenido

Fuente: Elaboración propia de la base de datos del estudio.

Interpretación

En la tabla 11, se presenta la razón de la validez de contenido (RVC), donde se encuentran valores de 0,68 a 1, los cuales se consideran aceptables. Esto señala que estos ítems son adecuados y deben mantenerse por ser de necesidad de la escala de satisfacción en salud 1.0 NF, solo 3 ítems con valores de RVC de 0,40 considerados como “no aceptables”. Esto quiere decir que de los 45 ítems de la encuesta 42 de ellos son considerados por los expertos como adecuados para la encuesta.

Tabla 12. Índice de validez de contenido de acuerdo al criterio de Relevancia. Evaluación de Expertos. Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

	Ju ez 1	Ju ez 2	Ju ez 3	Ju ez 4	Ju ez 5	Ju ez 6	Ju ez 7	Ju ez 8	Ju ez 9	Ju ez 10	IVC (*)	IVC de corte para 10 evaluador es	Interpretación de IVC
1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	0,79	Aceptable
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	0,79	Aceptable
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
4. ¿El médico le explico el motivo de su hospitalización?	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	0,79	Aceptable
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
12. ¿El médico le menciono sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Aceptable
13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	0,70	0,79	No Aceptable
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Aceptable
15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Aceptable
17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,80	0,79	Aceptable
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	0,70	0,79	No Aceptable
20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable
22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Aceptable

23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	0,80	0,79	Acceptable
27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
28. Hicieron las camas a tiempo ?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1,00	0,79	Acceptable
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?	3	3	3	3	1	3	2	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
34. ¿hay una buena iluminación intrahospitalaria?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?	3	2	3	3	1	3	2	3	3	3	0,70	0,79	No Acceptable
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	0,80	0,79	Acceptable
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	0,90	0,79	Acceptable

(*) Índice de validez de contenido

Fuente: Elaboración propia de la base del estudio.

Interpretación

La tabla 12 muestra el comportamiento del índice de validez de contenido (IVC) de acuerdo al criterio de relevancia, donde se observa que de los 45 ítems tres de ellos son considerados no aplicables por tener valor $< 0,79$ y 42 ítems tienen valores entre 0,80 y 1,00 considerados como aceptables. El IVC total de la escala es 0,83 considerado como aceptable, siendo el límite inferior 0,80. Esta información expresa que de los 45 ítems de la escala 42 de ellos son necesarios para cumplir el objetivo de la encuesta refrendada por los expertos.

Tabla 13. Evaluación de expertos; coeficiente W de Kendall (W) por cada dimensión. Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

	Criterio	W de Kendall ^a	N	Chi-cuadrada	Significancia
Dimensión actitud del personal médico	Relevancia	0,796	16	50,143	<0,001
	Representatividad	0,732	16	46,048	<0,001
	Claridad	0,732	16	46,098	<0,001
Dimensión actitud del personal de enfermería	Relevancia	0,379	9	21,217	>0,001
	Representatividad	0,724	9	40,561	<0,001
	Claridad	0,598	9	33,000	<0,001
Dimensión actitud del personal técnico	Relevancia	0,925	7	32,678	<0,001
	Representatividad	0,114	7	4,000	>0,001
	Claridad	0,931	7	32,581	<0,001
Dimensión estructura y organización del hospital	Relevancia	0,780	13	49,119	<0,001
	Representatividad	0,738	13	46,500	<0,001
	Claridad	0,551	13	34,683	<0,001

a. Coeficiente de Concordancia de kendall

Fuente: Elaboración propia de la base del estudio.

Interpretación

Se evaluaron 45 ítems, que se muestran en la tabla 13, donde la dimensión de actitud del personal médico, los aspectos de relevancia, representatividad y claridad de los ítems presentan un coeficiente W de Kendall superior a 0,500. Esto indica una concordancia significativa entre los jueces. En la dimensión de actitud de enfermería, los aspectos de representatividad y claridad también mostraron un W de Kendall superior a

0,500, lo que indica concordancia entre los jueces. Sin embargo, el aspecto de relevancia presentó un valor inferior a 0,500, lo que sugiere falta de concordancia entre los jueces. En la dimensión de actitud del personal técnico, los jueces mostraron concordancia en los aspectos de relevancia y claridad, pero no en el aspecto de representatividad. Por último, en la dimensión de estructura y organización del hospital, los tres aspectos evaluados mostraron concordancia entre los jueces evaluadores.

Resultados de la etapa 3

- Aplicación al grupo piloto

Tabla 14. Evaluación del instrumento por el grupo piloto (n=50). Servicio de Medicina. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024

Ítems	Media (+/- desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Prueba T para una muestra (media teórica: 3,0)
¿Han sido comprensible las instrucciones ? (niveles:1-4)	3,70 (0,46)	-0,90	-1,24	10,69*
¿Los ítems de las preguntas han sido comprensibles? (niveles:1-4)	3,68(0,47)	-0,79	-1,42	10,20*
¿Considera que las preguntas sirven para evaluar la satisfacción en los pacientes? (niveles:1-4)	3,66 (,47)	-0,69	-1,58	9,75*
¿Considera que las preguntas y los niveles de respuesta eran claros? (niveles:1-4)	3,60 (0,49)	-0,42	-1,90	8,57*
¿Qué tan satisfecho se encuentra con esta encuesta? (niveles:1-4)	3,74 (0,44)	-1,12	-0,75	11,80*

*p<0,05

Fuente: Elaboración propia de la base del estudio.

Interpretación

Se realizó una prueba piloto con 50 pacientes con el propósito de evaluar la comprensión de las instrucciones y los ítems, así como la satisfacción del instrumento y la claridad de las respuestas. Al comparar los valores obtenidos de los 5 ítems evaluados con la media teórica de 3,0, se encontraron valores superiores, lo que indica que no hay diferencias significativas. Esto sugiere que el instrumento es considerado pertinente por el grupo piloto para evaluar la satisfacción de salud de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina.

Resultados de la etapa 4

- **Validez de constructo**
- **Pertinencia del análisis factorial exploratorio (AFE)**

Tabla 15. Unidireccionalidad de la muestra como criterio de pertinencia del análisis factorial. Servicio de Medicina. Escala de Satisfacción 1.0NF. Hospital III DAC EsSalud

Ítems de la escala propuesta	Nº	Correlació	
		n de Pearson	Sig.
1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	200	0,624**	0,000
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	200	0,653**	0,000
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	200	0,345**	0,000
4. ¿El médico le explico el motivo de su hospitalización?	200	0,636**	0,000
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	200	0,545**	0,000
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?	200	0,483**	0,000
7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	200	0,653**	0,000
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	200	0,522**	0,000
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	200	0,571**	0,000
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	200	0,621**	0,000
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	200	0,687**	0,000
12. ¿El médico le menciona sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	200	0,727**	0,000
13. La información que brindo el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	200	0,515**	0,000
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	200	0,546**	0,000

15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	200	0,513**	0,000
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención medica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?	200	0,510**	0,000
17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindo el tiempo necesario?	200	0,613**	0,000
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	200	0,233**	0,000
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	200	0,485**	0,000
20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?	200	0,493**	0,000
21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	200	0,459**	0,000
22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?	200	0,664**	0,000
23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	200	0,622**	0,000
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?	200	0,285**	0,000
25. ¿Fue de calidad la información que le brindo el personal de enfermería ?	200	0,517**	0,000
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	200	0,453**	0,000
27. El personal técnico de enfermería ¿le explico la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	200	0,340**	0,000
28. ¿Hicieron las camas a tiempo ?	200	0,532**	0,000
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesito?	200	0,537**	0,000
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	200	0,474**	0,000

31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?	200	0,506**	0,000
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	200	0,596**	0,000
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?	200	0,532**	0,000
34. ¿Hay una buena iluminación intrahospitalaria?	200	0,593**	0,000
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?	200	0,504**	0,000
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?	200	0,440**	0,000
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?	200	0,367**	0,000
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	200	0,593**	0,000
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	200	0,504**	0,000
40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	200	0,440**	0,000
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	200	0,440**	0,000
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?	200	0,409**	0,000
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?	200	0,367**	0,000
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?	200	0,551**	0,000
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	200	0,657**	0,000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia de la base de datos.

Interpretación

La pertinencia del análisis factorial requiere criterios específicos. En la tabla 15, se determina la unidireccionalidad de los datos, que es uno de los criterios que debe cumplirse. Al realizar el análisis utilizando el estadístico de Correlación de Pearson, se ha determinado que los 45 ítems de la escala propuesta cumplen con este criterio con un nivel de significancia del 0,01. También se encontró el valor del determinante a través del cálculo de la matriz de correlaciones donde se encontró un valor de 2,630E-19, es decir, 0,0000000000000000263. Este resultado indica pertinencia para realizar el análisis factorial.

Tabla 16. Prueba de KMO y esfericidad de Bartlett. Como criterio de pertinencia del análisis factorial. Servicio de Medicina. Escala de Satisfacción 1.0NF. Hospital III DAC EsSalud

Prueba estadística		Valor Encontrado
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo (KMO)		0,791
	Aprox. Chi-cuadrado	5504,706
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	378
	Sig.	0,000

Fuente: Elaboración propia de la base de datos.

Interpretación

De acuerdo con la tabla 16, la medida de KMO es 0,791 el punto de corte para considerar la pertinencia del análisis factorial es $> 0,500$, la prueba de esfericidad de Bartlett es 5504,706 con un nivel de alta significancia a ($p=0,000$), también cumple con el criterio de pertinencia estos 2 criterios adicionales sumados a los criterios de unidireccionalidad y el valor de determinante nos indican que es pertinente realizar el análisis factorial.

Tabla 17. Comunalidades de los factores. Satisfacción en salud 1.0 NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

Comunalidades de los Factores	Inicial	Extracción
Ítem 1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	0,743	0,542
Ítem 2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	0,695	0,528
Ítem 3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?	0,727	0,467
Ítem 4. ¿El médico le explico el motivo de su hospitalización?	0,706	0,547
Ítem 5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?	0,681	0,431
Ítem 7. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	0,748	0,472
Ítem 8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?	0,707	0,461
Ítem 9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	0,818	0,670
Ítem 10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	0,750	0,559
Ítem 11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?	0,768	0,504
Ítem 12. ¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	0,829	0,631
Ítem 13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	0,699	0,413
Ítem 14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	0,761	0,622
Ítem 15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?	0,669	0,468
Ítem 17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	0,734	0,489
Ítem 18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	0,713	0,507

Ítem 21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	0,651	0,587
Ítem 23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	0,697	0,698
Ítem 25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	0,727	0,538
Ítem 26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	0,774	0,582
Ítem 27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	0,704	0,476
Ítem 30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	0,747	0,545
Ítem 32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	0,773	0,570
Ítem 38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?	0,751	0,650
Ítem 39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	0,749	0,513
Ítem 40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	0,797	0,751
Ítem 41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	0,627	0,484
Ítem 45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	0,707	0,502

Método de extracción: Factorización de eje principal.

Fuente: Elaboración propia de base de datos del estudio.

Interpretación

Las cargas factoriales de cada ítem o reactivo están expresadas en la tabla 17. Solo se han considerado los ítems que tienen cargas factoriales con extracción mayor de 0,400 para proseguir con el análisis factorial exploratorio, siendo así se tiene ítems con valores entre 0,413 y 0,751 demostrando que los datos son homogéneos.

Tabla 18. Varianza total explicada, satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina Hospital DACIII EsSalud 2023-2024

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	9,615	34,341	34,341	9,159	32,709	32,709	6,359	22,710	22,710
2	3,463	12,369	46,709	3,018	10,779	43,488	3,392	12,114	34,823
3	2,110	7,537	54,246	1,683	6,011	49,500	2,892	10,329	45,153
4	1,758	6,277	60,523	1,351	4,823	54,323	2,568	9,170	54,323
5	1,419	5,070	65,593						
6	1,153	4,118	69,711						
7	1,031	3,681	73,392						
8	0,915	3,267	76,659						
9	0,847	3,025	79,684						
10	0,676	2,414	82,097						
11	0,636	2,270	84,367						
12	0,596	2,129	86,497						
13	0,528	1,886	88,383						
14	0,504	1,798	90,181						

15	0,374	1,334	91,515
16	0,298	1,063	92,579
17	0,293	1,048	93,627
18	0,282	1,009	94,636
19	0,245	0,877	95,512
20	0,234	0,835	96,347
21	0,211	0,755	97,102
22	0,185	0,661	97,763
23	0,151	0,540	98,303
24	0,121	0,433	98,736
25	0,105	0,376	99,112
26	0,092	0,330	99,442
27	0,082	0,294	99,736
28	0,074	0,264	100,000

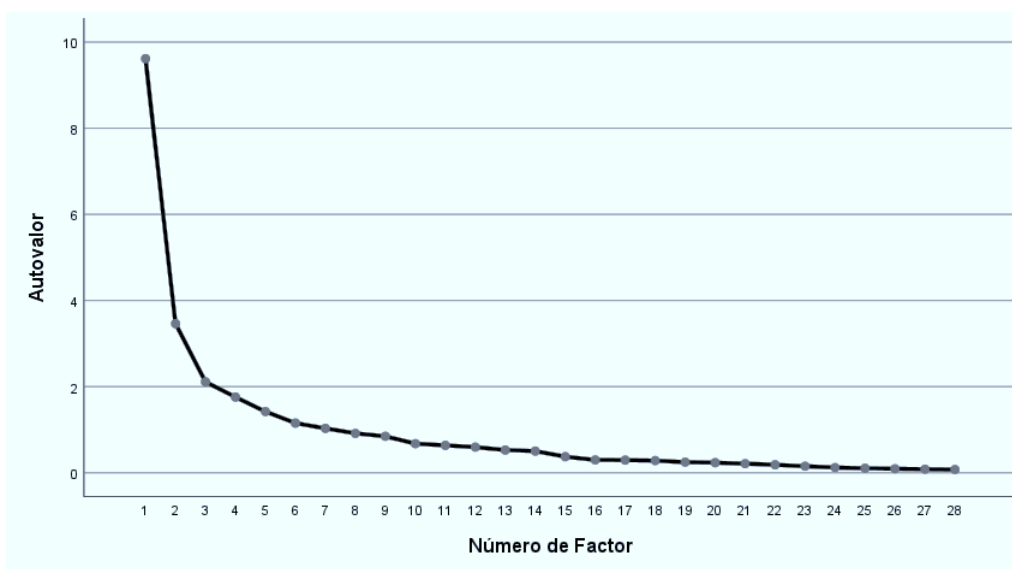
Método de extracción: Factorización de eje principal.

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

Después de determinar la pertinencia del análisis factorial, se obtiene como parte central del análisis factorial exploratorio (AFE) la varianza total explicada (VTE). Según la tabla 18, los hallazgos del estudio indican que un 54,32 % de la VTE es explicado por cuatro factores. Además, este VTE también se considera como criterio para definir el número de factores que se van a retener y continuar con el AFE.

Figura 7. Gráfico de sedimentación de factores. Satisfacción en salud 1.0 NF. Servicio de Medicina del Hospital III DAC 2023 – 2024



Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

El gráfico de sedimentación representado en la figura 7 muestra que, después del primer punto “codo”, hay una serie de puntos que se prolongan hacia la derecha hasta alcanzar una línea horizontal. Esta serie de puntos que pretenden alcanzar la horizontalización son el número de factores que pueden ser considerados para ser retenidos. Este método, para retener factores, se llama prueba de Pantalla de Cattell, en este estudio, es entre 3 y 4 factores.

Tabla 19. Matriz del factor rotado. Satisfacción en salud 1.0NF Servicio de Medicina. Hospital DAC III 2023-2024

Matriz de factor rotado	Factor			
	1	2	3	4
Ítem 09. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	0,756	-0,112	0,083	-0,012
Ítem 10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	0,736	0,097	-0,007	0,144
Ítem 04. ¿El médico le explicó el motivo de su hospitalización?	0,704	0,064	0,030	0,105
Ítem 02. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	0,662	-0,007	0,158	0,339
Ítem 12. ¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	0,624	0,266	-0,019	0,262
Ítem 07. ¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	0,622	-0,025	0,218	0,271
Ítem 14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	0,590	0,380	0,137	-0,073
Ítem 01. ¿El médico fue amable y cortés con usted?	0,582	0,111	0,049	0,319
tem 13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	0,575	0,291	0,112	-0,206
Ítem 39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	0,093	0,807	0,026	0,010
Ítem 38. El ambiente donde estuvo hospitalizado, ¿fue de calma y tranquilidad?	-0,017	0,768	0,336	0,153
Ítem 40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	0,130	0,696	-0,097	0,002

Ítem 41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	-0,057	0,671	0,009	0,177
Ítem 26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	0,123	0,624	0,543	0,204
Ítem 29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesito?	0,213	0,575	0,297	0,182
Ítem 27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizados en el ambiente al que fue asignado?	0,125	0,524	0,442	0,259
Ítem 45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	0,386	0,479	0,327	0,178
Ítem 30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	-0,004	0,224	0,757	0,057
Ítem 25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	0,281	-0,005	0,719	-0,255
Ítem 32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	0,199	0,215	0,703	0,133
Ítem 28. ¿Hicieron las camas a tiempo ?	-0,118	-0,155	0,600	0,223
Ítem 17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	0,339	0,361	0,537	-0,143
Ítem 23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?	0,201	0,317	-0,162	0,787
Ítem. 19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?	0,086	0,253	0,235	0,685
Ítem 18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	0,397	-0,126	0,137	0,667
Ítem 21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	0,259	0,457	0,063	0,592

Método de extracción: Factorización de eje principal.

Método de rotación: varimax con normalización Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 7 iteraciones.

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

Después de determinar la pertinencia del análisis factorial, se obtiene como parte central del análisis factorial exploratorio (AFE) la matriz del factor rotado. Según la tabla 19, los cuatro factores retenidos presentan las preguntas o ítems que corresponden a cada factor, estableciendo el modelo a priori que fue sometido a evaluación en el AFC.

Resultados de la etapa 4

- Validez de constructo
- Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Tabla 20. Análisis multivariante de los ítems. Satisfacción en salud 1.0 NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC EsSalud

Ítems	c.r.	kurtosis	c.r.
La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	-0,683	-0,408	-1,750
¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería?	-1,452	-0,630	-2,699
En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	-1,947	-0,721	-3,092
La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?	-3,014	0,544	2,332
¿La enfermera tiene disposición por atender?	-3,218	-0,279	-1,198
El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	-2,486	-0,807	-3,458
El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	-2,592	-0,375	-1,607
¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?	-5,382	-0,144	-0,618
El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?	-6,861	1,102	4,723
Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?	-4,170	-0,352	-1,507
¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?	-4,217	-0,561	-2,406
El ambiente donde estuvo hospitalizado, ¿fue de calma y tranquilidad?	-2,349	-0,925	-3,965
¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	-2,099	-0,727	-3,117
En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	-5,833	-0,070	-0,301
El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?	-5,185	-0,428	-1,835
¿Hicieron las camas a tiempo?	-4,901	-0,488	-2,091

La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?	-1,291	0,378	1,621
¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?	-3,730	-0,782	-3,353
¿Los médicos antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento ¿se lo explican?	-0,343	-0,306	-1,311
¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	-5,465	-0,417	-1,790
La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	-1,875	-0,556	-2,383
El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?	-4,751	-0,389	-1,669
¿El médico le explicó el motivo de su hospitalización?	-1,886	-0,225	-0,965
¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?	-5,575	0,982	4,211
Multivariante		153,181	39,241

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

Aunque el análisis de la curtosis de cada reactivo o ítem muestra una tendencia hacia una distribución normal, el hallazgo del análisis multivariante establece que la distribución de los datos es no normal, con un valor superior a 70,00 de la curtosis. Debido a esta condición, se establece que se pueden utilizar estimadores para esta muestra, cuyas variables son ordinales y presentan una distribución multivariable no normal.

Tabla 21. Distribución de los datos de la muestra. Prueba de Mardia y criterios de normalidad para determinar la normalidad multivariante. Satisfacción en salud 1.0NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

Asimetría	Asimetría multivariada	1562,57
	Chi cuadrado	103911,48
	Grados de Libertad	16215
	p-value	0,000
Curtosis	Asimetría corregida	104692,86
	p-value	0,000
	Curtosis	153,181
	Estadístico Z	143,00
	p-value	0,000

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

De acuerdo con la prueba de Mardia la distribución de los datos de la muestra, es no normal, pues la asimetría multivariada es 1119,382 con un nivel altamente significativo $p\text{-value}=0,000$, así también la curtosis es 153,18 con un valor $p=0,000$. Estos hallazgos permiten determinar los estimadores para una muestra de distribución no normal que se utilizarán en el análisis factorial confirmatorio (AFC).

Tabla 22. Distribución de los datos de la muestra. Prueba de Shapiro Wilk . Satisfacción en salud 1.0NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

Shapiro-Wilk Test															
	Ítem_01	Ítem_02	Ítem_03	Ítem_04	Ítem_05	Ítem_07	Ítem_08	Ítem_09	Ítem_10	Ítem_11	Ítem_12	Ítem_13	Ítem_14	Ítem_15	Ítem_17
W-stat	0,76	0,77	0,78	0,76	0,80	0,74	0,78	0,79	0,79	0,80	0,78	0,75	0,75	0,74	0,74
P-value	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
alpha	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
normal	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

Shapiro-Wilk Test													
	Ítem_18	Ítem_21	Ítem_23	Ítem_25	Ítem_26	Ítem_27	Ítem_30	Ítem_32	Ítem_33	Ítem_34	Ítem_35	Ítem_36	Ítem_37
W-stat	0,81	0,81	0,82	0,78	0,84	0,84	0,77	0,83	0,86	0,87	0,81	0,85	0,78
P-value	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
alpha	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
normal	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no

Fuente: Elaboración propia de los datos del estudio.

Interpretación

La literatura recomienda que se debe realizar la prueba de Shapiro Wilk antes de realizar la prueba de Mardia para conocer como es el comportamiento de cada uno de las preguntas o los ítems. Según la tabla 22, se observa que los 28 ítems que ingresan a análisis factorial confirmatorio tiene una distribución no normal.

Tabla 23. Índice de ajuste del análisis factorial confirmatorio por método de los cuadrados mínimos ponderados (ULS) y booptramps. Satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

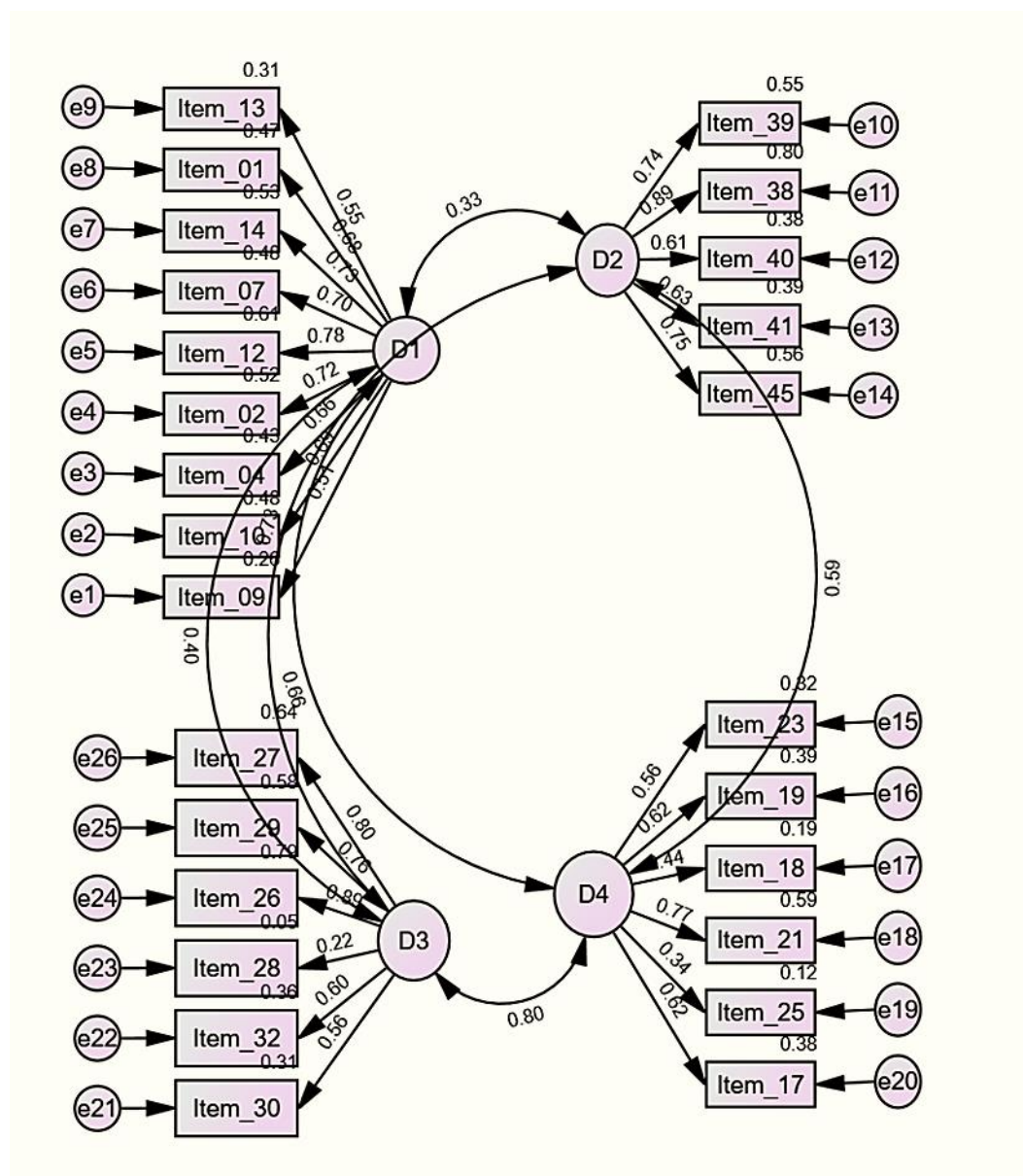
Índice de ajuste del modelo							
	Índices absolutos				Índices parsimonia		
	CMIN/DF	RMR	GFI	AGFI	PNFI	PRATIO	PGFI
Valor de corte	<5	<0,80	> 0 = 0,93	>0,90	Cerca de 1	>0,90	0,5 a 0,7
Modelo 1	2,01	0,065	0,896	0,875	0,771	0,902	0,748
Interpretación	Adecuado	Buen ajuste	Buen ajuste	No alcanzó	Buena relación	Buena relación	Aceptable
X							

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

Los índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio (AFC) permiten evaluar si el modelo propuesto se ajusta a los datos de la muestra. En la tabla 24, se evidencia que los índices de ajuste, como el CMIN/DF (índice de chi cuadrado normalizado), el RMR (raíz del residuo cuadrático medio) y el PGFI (índice de bondad de ajuste de parsimonia), están dentro de los valores adecuados o aceptables. Por lo tanto, se considera que el ajuste es adecuado.

Figura 8. Diagrama de trayectoria. Variables latentes o dimensiones y variables observadas o ítems o preguntas de la escala en estudio. Satisfacción en salud 1.0NF: Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

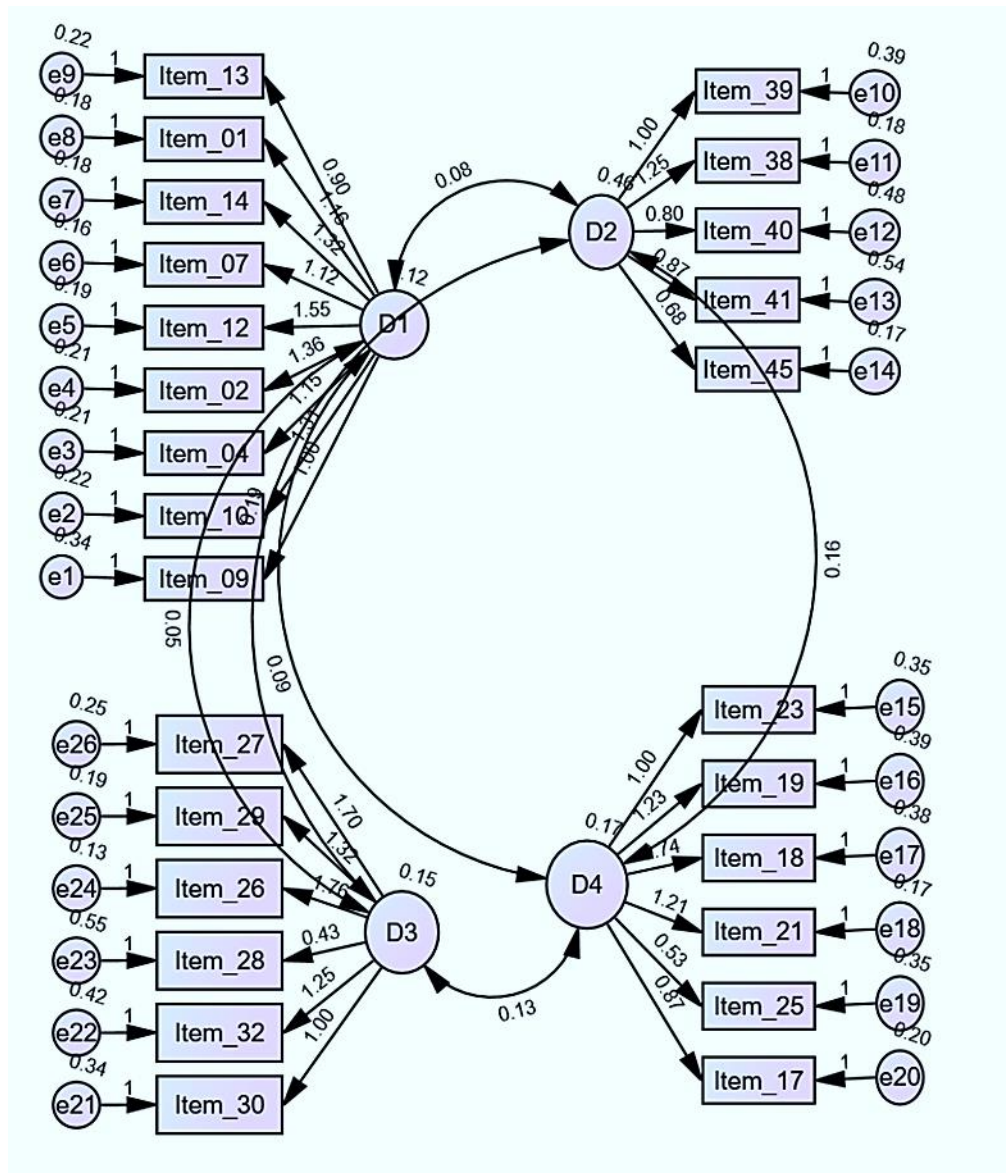


Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

La figura 8 muestra el diagrama de trayectoria, donde la distribución de las variables latentes (D1, D2, D3, D4) y su relación con las variables observadas (ítems o preguntas), las cuales son procesadas en el programa AMOS 29. Las flechas que parten de las variables latentes (D) hacia las otras variables latentes (D) indican las correlaciones entre los factores identificados o variables latentes, lo que señala que están

correlacionadas entre sí. Las flechas que parten de cada factor hacia los ítems que lo componen (variables observadas o ítems) muestran los coeficientes de regresión entre cada ítem o pregunta y el factor o dimensión contribuyente. Esto proporciona información sobre el peso que tiene cada elemento dentro de ese factor o dimensión. Todos los coeficientes son positivos, lo que indica una contribución positiva (a mayor valor, mayor contribución) para cada uno de ellos.

Figura 9. Diagrama de trayectoria. variabilidad de las respuestas de cada pregunta. Satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024



Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

En la figura 9, los valores del lado de los ítems señalados con letras “e” enmarcados en círculo indican la variabilidad de la respuesta a cada pregunta, medida por varianza. Se observa que la variabilidad es intermedia como los obtenidos en este estudio, porque una varianza muy alta se asociaría con mayor error, mientras que una varianza muy pequeña o nula implicaría falta de fiabilidad y, por lo tanto, falta de validez.

Tabla 24. Confiabilidad general por dimensiones del instrumento satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina Hospital III DAC2023-2024

Dimensiones	N ^a de Ítems	Alfa de Cronbach	Omega McDonald's	Confiabilidad Compuesta
Dimensión 1. Labor y actitud del personal médico	3	0,907	0,908	0,875
Dimensión 2. Condiciones organizacionales y estructurales de la Institución	3	0,823	0,823	0,850
Dimensión 3. Labor y actitud del personal técnico de enfermería	3	0,796	0,802	0,790
Dimensión 4. Labor y actitud del personal de enfermería	5	0,697	0,701	0,707
General	14	0,910	0,908	0,798

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

La tabla 24 muestra el comportamiento de la confiabilidad del instrumento satisfacción en salud 1.0NF. Se han utilizado como parámetros estadísticos el alfa de Cronbach, Omega de McDonald y el análisis de la confiabilidad compuesta. Para la dimensión 1, labor y actitud del personal médico, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,907, un Omega de McDonald de 0,908 y, con el estadístico de confiabilidad compuesta, se

obtuvo un valor de 0,875. Esta dimensión 1 tiene el nivel de confiabilidad más alto del instrumento.

La dimensión 4, labor y actitud del personal de enfermería, es la dimensión con el nivel más bajo de confiabilidad, con un alfa de Cronbach de 0,697. Utilizando el Omega de McDonald, se obtuvo un resultado de 0,701 y, con el estadístico de confiabilidad compuesta, se obtuvo un valor de 0,707. Con estos tres estadísticos, esta dimensión tiene una confiabilidad más baja.

El comportamiento general del instrumento, que consta de 14 ítems, muestra un alfa de Cronbach de 0,910, un Omega de McDonald de 0,908 y una confiabilidad compuesta de 0,798. Todos estos valores son considerados aceptables para el nivel de confiabilidad del instrumento.

Tabla 25. Prueba de hipótesis. Instrumento del estudio de satisfacción en salud 1.ONF Hospital III DAC 2023-2024

Instrumento satisfacción en salud 1.ONF		Dimensión	Estimador	p	
Ítem_10	La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?	<---	D1	0,692	0,08
Ítem_12	¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?	<---	D1	0,638	0,05
Ítem_01	¿El médico fue amable y cortés con usted?	<---	D1	0,695	0,05
Ítem_40	En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?	<---	D2	0,586	0,11
Ítem_39	¿Fue cómoda la cama que le asignaron?	<---	D2	0,742	0,11
Ítem_38	El ambiente donde estuvo hospitalizado, ¿fue de calma y tranquilidad?	<---	D2	0,856	0,11
Ítem_26	El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?	<---	D3	0,865	0,16
Ítem_27	El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?	<---	D3	0,753	0,07
Ítem_29.	El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesito?	<---	D3	0,695	0,05
Ítem_23	¿La enfermera tiene disposición por atender ?	<---	D4	0,477	0,06
Ítem_19	¿El personal de enfermería le ha mostrado interés?	<---	D4	0,638	0,06
Ítem_18	En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?	<---	D4	0,446	0,06
Ítem_25	¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?	<---	D4	0,394	0,08
Ítem_17	La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?	<---	D4	0,586	0,11

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

Según la tabla 25, se desprende que 14 de los 45 ítems propuestos se ajustan al modelo con una significancia de $p < 0,05$, distribuidos en cuatro dimensiones. De estos, tres pertenecen a la dimensión 1, tres a la dimensión 2, tres a la dimensión 3 y cinco a la dimensión 4. De esta forma, se acepta la hipótesis de investigación según lo siguiente: La **dimensión 1**: Labor y actitud del personal médico. A través de las variables observadas, se analiza si la relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital es adecuada, si el médico le mencionó sobre su enfermedad, si entendió lo que le explicó y si el médico fue amable y cortés con usted. Estas variables están significativamente asociadas con la satisfacción del paciente hospitalizado. La **dimensión 2**: Condiciones organizacionales y estructurales de la institución. A través de sus variables observadas, se evalúa si la iluminación en el ambiente donde estuvo hospitalizado fue adecuada, si la cama asignada fue cómoda y si el ambiente fue de calma y tranquilidad. Con una $p < 0,05$, estas variables están significativamente asociadas con la satisfacción del paciente hospitalizado. La **dimensión 3**: Labor y actitud del personal técnico. A través de sus variables observables, se analiza si el personal técnico de enfermería demostró cortesía en la atención, si explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras estuvo hospitalizado, y si acudió al llamado cuando lo necesitó, con una $p < 0,05$. Estas variables están significativamente asociadas con la satisfacción del paciente hospitalizado. La **dimensión 4**: Labor y actitud del personal de enfermería. Con sus variables observadas, se evalúa si la enfermera tiene disposición para atender, si el personal de enfermería mostró interés, si en general el personal de enfermería demostró amabilidad, si fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería y si la enfermera que lo atendió hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario. Estas variables están significativamente asociadas con la satisfacción del paciente hospitalizado.

Tabla 25. Dimensiones y preguntas de la Escala de satisfacción en salud 1.ONF. Servicio de Medicina.

D1. Labor y actitud del personal médico	<p>La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?</p> <p>¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?</p> <p>¿El médico fue amable y cortés con usted?</p>
D2. Condiciones organizacionales y estructurales de la Institución	<p>En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?</p> <p>¿Fue cómoda la cama que le asignaron?</p> <p>El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?</p>
D3. Labor y actitud del personal técnico de enfermería	<p>El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesito?</p> <p>El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?</p> <p>El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?</p>
D4. Labor y actitud del personal de enfermería	<p>¿La enfermera tiene disposición por atender ?</p> <p>¿El personal de enfermería le ha mostrado interés?</p> <p>En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?</p> <p>¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?</p> <p>La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?</p>

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Interpretación

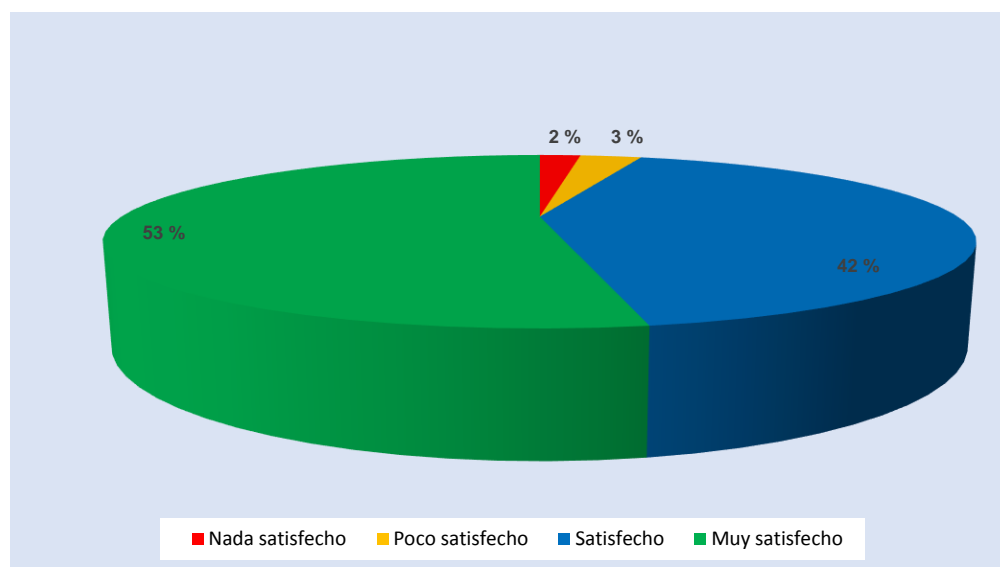
El producto del análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio se presenta en la tabla 26, donde se observa la nueva distribución de dimensiones y sus respectivas preguntas, de la siguiente manera: La dimensión 1 está conformada por 3 preguntas, la dimensión 2 con 3 preguntas, la dimensión 4 con 3 preguntas y la dimensión 4 con 5 preguntas.

Tabla 26. Nivel de satisfacción global. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

Nivel de Satisfacción	Nº	%
Nada Satisfecho	12	3
Poco Satisfecho	16	4
Satisfecho	168	42
Muy Satisfecho	212	53
	400	100

Fuente: Elaborado de la base de datos del estudio.

Figura 10. Nivel de satisfacción global. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024



Fuente: Tabla 27.

Interpretación

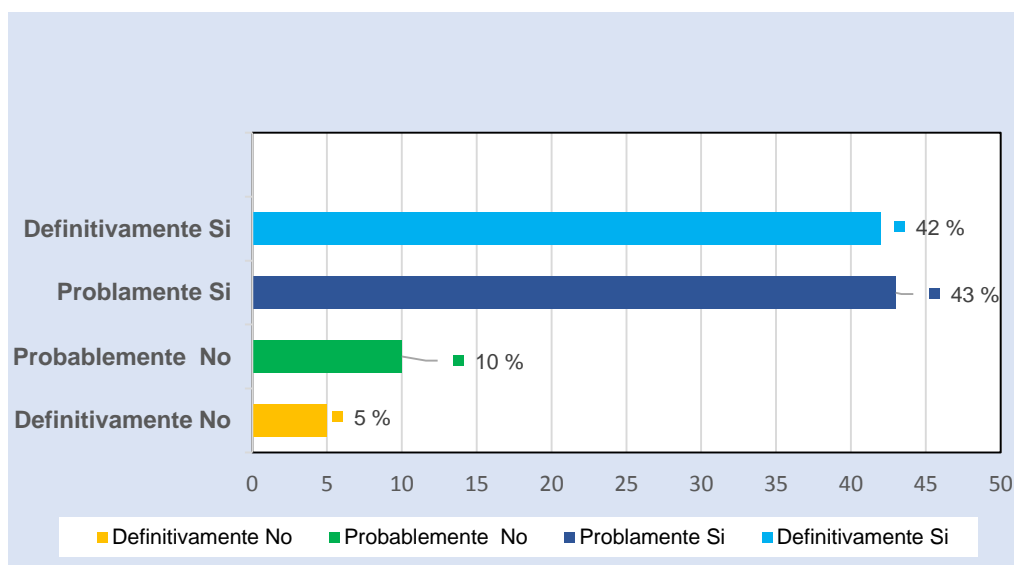
El nivel de satisfacción alcanzado con la escala de satisfacción en salud 1.0 NF, como muy satisfecho, fue el 53 % y, como satisfecho como, el 42 %; los pacientes con un nivel de satisfacción baja fueron el 7 %, según lo mostrado por la tabla 27 y la figura 10.

Tabla 27. Recomendar a familiares o amigos para ser atendidos en el área hospitalización. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024

Recomendación	Nº	%
Definitivamente no	20	5
Probablemente no	40	10
Probablemente sí	168	43
Definitivamente sí	175	42
	400	100

Fuente: Elaboración propia de los datos del estudio.

Figura 11. Nivel de satisfacción global. Escala de satisfacción en salud 1.0NF. Servicio de Medicina. Hospital III DAC 2023-2024



Fuente: Tabla 28.

Interpretación

De los 400 pacientes que tuvieron la experiencia de estar hospitalizado en el Servicio de Medicina, el 42 % menciona que definitivamente recomendaría la atención de sus dolencias para ser tratadas en este servicio, el 5 % de los pacientes que fue atendido no la recomendaría, un 43 % menciona que probablemente sí recomendaría, según lo reportado en la tabla 28 y figura 11.

DISCUSIÓN

Evaluar con precisión las experiencias de los pacientes en entornos de atención médica es de suma importancia, ya que impacta directamente la calidad de la atención y la satisfacción del paciente. La atención a pacientes hospitalizados se caracteriza por su complejidad y la naturaleza prolongada de la estancia hospitalaria, lo que exige un enfoque evaluativo avanzado (129).

Selección de ítems mediante método Delphi

Para la selección de las preguntas que conformarían el instrumento de estudio, se realizó inicialmente una búsqueda exhaustiva en los descriptores en ciencias de la salud (DeCS), utilizando términos clave como calidad de la atención de salud, confiabilidad, validez, hospitalización y satisfacción del paciente. Esta búsqueda inicial resultó en la conformación de 65 ítems. Posteriormente, se convocó a cinco expertos nacionales, incluyendo médicos internistas (dos de Lima y tres de Tacna) con más de 10 años de experiencia en la práctica clínica. A través del método Delphi, estos expertos valoraron, jerarquizaron y compararon cada ítem, teniendo en cuenta la pertinencia de la pregunta por este método se permitió seleccionar 45 ítems para el instrumento. Romero et al. (40), en su estudio "Development and validation of a new satisfaction scale for objective structured clinical assessments (S-OSCA): A multicenter cross-sectional study", realizaron un estudio multicéntrico para adaptar el instrumento (S-OSCA), utilizando el método Delphi con resultados satisfactorios. En el presente estudio, el uso del método Delphi permitió contrastar información entre los expertos sobre los ítems seleccionados previamente, considerando además la interculturalidad y el entorno.

Validez de contenido y evaluación por expertos

Para el desarrollo del instrumento, se tuvieron en cuenta las pautas de la International Test Commission Guidelines for Test Adaptation (6). En cuanto a la validez de contenido, se recurrió a la técnica de evaluación por expertos, quienes analizaron la relevancia, representatividad y claridad de los ítems del instrumento. Con este fin, se utilizó el estadístico V de Aiken, asignando valores de 1 a 4 a los ítems (desde "muy en desacuerdo" hasta "muy de acuerdo"), resultando en valores del índice V entre 0 y 1.

Según este índice, valores iguales o inferiores a 0,7 se consideran no válidos; mientras que valores superiores a 0,7 se consideran válidos. Esta prueba permitió evaluar la pertinencia de cada pregunta en relación con su constructo. Arango et al. (130) realizaron la evaluación del contenido de su instrumento de 62 ítems, considerando los criterios de suficiencia, claridad y coherencia, seleccionando aquellos ítems con puntuaciones entre 0,6 y 0,79, considerándolos válidos. De manera similar, Sánchez et al. (131), en su estudio "Content Validation of a Semi-Structured Interview to Analyze the Management of Suffering", validaron el contenido de 68 ítems, considerando como válidos aquellos que alcanzaron un valor superior a 0,70, lo que permitió retirar ítems con cargas factoriales inferiores a 0,70. En el presente estudio, algunos ítems no alcanzaron el punto de corte de $>0,70$ y fueron retirados, en nuestro estudio, las cargas factoriales bajas solo se observó en alguno de los tres aspectos evaluados por cada ítem; por lo que se decidió mantenerlos y, si persiste esta baja carga factorial, serían separados en los siguientes pasos del análisis factorial.

Además, como parte de la validez de contenido, se determinó el grado de concordancia entre los jueces utilizando el coeficiente W de Kendall, cuyo valor varía entre 0 y 1, donde 1 indica una concordancia total. Aragón et al. (130) utilizaron el coeficiente W de Kendall para evaluar el grado de concordancia entre los jueces en los aspectos de coherencia, claridad, relevancia y suficiencia, encontrando que el mayor grado de concordancia se daba en el aspecto de relevancia. En este estudio, se encontró que el aspecto de relevancia fue el mejor evaluado, con valores de V de 0,93 y 0,73, correspondientes a las variables de actitud del personal médico y la organización y estructura del hospital. Se entiende que el aspecto de relevancia genera más concordancia de opinión, reflejado en este estudio, ya que se percibe que el personal médico lidera la atención, y porque el sistema hospitalario, donde el paciente permanece alejado de su entorno familiar, genera mayores expectativas.

Adicionalmente, se evaluaron dos indicadores: la razón de validez de contenido (RVC) y el índice de validez de contenido (IVC). Los criterios evaluados por estos dos indicadores son fundamentalmente diferentes entre sí. Con el estadístico RVC, se examina la necesidad de un ítem desde la perspectiva del experto. En la tabla 2, se

presenta la RVC, donde se encuentran valores de 0,68 a 1, los cuales se consideran aceptables, ya que para evaluaciones con 10 expertos, el valor mínimo de RVC debe ser 0,62 para ser considerado aceptable (27) (51). Cabe señalar que se encontraron 3 ítems con valores de RVC de 0,40, considerados como "no aceptables". García et al. (132), en su estudio, con 14 jueces, obtuvieron RVC entre 0,18 y 1,00, encontrando ítems aceptables y no aceptables. En ese estudio, no se decidió retirar los ítems, sino someterlos a la evaluación del IVC, otro estadístico para examinar cuantitativamente la validez de contenido. El IVC considera la relevancia de los ítems desde el punto de vista del objetivo de la investigación (49). En la tabla 3, de acuerdo con el criterio de relevancia, el IVC total de la escala es 0,83, considerado como aceptable, siendo el límite inferior 0,80. En este sentido, Romero et al. (41), en su estudio (S-OSCA) sobre 20 expertos, encontraron un IVC global de 0,881 IC95 % (0,881-0,914) y, para el atributo relevancia, fue de 0,851 IC 95 % (0,827-0,935).

La decisión de mantener los 45 ítems se basa en que, según el coeficiente de validez de contenido de Aiken y el análisis de concordancia de W Kendall, muestran valores que los hacen aceptables y válidos. Además, se considera que, durante los análisis posteriores, si algunos ítems persisten con cargas bajas, se depurarán en las siguientes etapas de la validez de constructo.

Estudio piloto

Teniendo en cuenta el instrumento con 45 preguntas, se procedió a la segunda etapa, que consistió en la aplicación del estudio piloto. Este estudio se realizó con un grupo de 50 pacientes con el objetivo de evaluar la comprensión del instrumento, su pertinencia y la satisfacción de los pacientes. Se comparó con una t teórica de 0,3 y se observó que no hubo diferencias estadísticas significativas, lo que sugiere que el instrumento es claro y, por lo tanto, fue considerado pertinente por el grupo piloto para evaluar la satisfacción de salud de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina. Torres (132) realizó un estudio piloto con 50 profesores para evaluar la comprensión de las instrucciones, la pertinencia de las preguntas de su instrumento y la satisfacción de estos profesores con la escala, encontró que el instrumento era claro y fue bien recibido por el grupo piloto. De manera similar, Romero et al. (41) llevaron a cabo un estudio

multicéntrico donde, después de someter su encuesta a validación de contenido, la versión final de la escala denominada S-OSCA fue probada en un estudio piloto con 20 estudiantes de ciencias de la salud. En nuestro caso, el objetivo con el estudio piloto fue identificar cualquier interpretación confusa o anómala del contenido del cuestionario. En general, los estudios piloto revisados en la literatura buscan detectar ambigüedades en los ítems y evaluar su pertinencia; pero, no pretenden realizar análisis psicométricos preliminares. En otras palabras, el producto del trabajo realizado durante la validación de contenido se prueba en un grupo reducido de individuos que forma parte del público objetivo. Este tipo de estudios se denomina estudios piloto con el fin de evaluar las cualidades del instrumento y realizar ajustes antes de generalizarlo a la muestra seleccionada para el estudio.

Validez de constructo: AFE y AFC

Una vez culminada la validez de contenido a través de la técnica de evaluación de jueces o expertos, la determinación del RVC e IVC, y la evaluación del nivel de concordancia entre los jueces a través del coeficiente W de Kendall, se procede con la validez de constructo, que tiene dos etapas importantes: el análisis factorial exploratorio (AFE) y posteriormente el análisis factorial confirmatorio (AFC).

Análisis de datos atípicos y distribución de datos

Antes de realizar el análisis factorial, en la muestra total de pacientes, se evaluó la presencia de datos atípicos para muestra multivariante para evitar la interferencia o una incorrecta interpretación de los datos. Con este fin, se aplicó el estadístico de la distancia de Mahalanobis y, como resultado, se encontró que 41 encuestados de 441 de la muestra tuvieron valores $< 0,001$, los cuales fueron retirados por considerarse valores atípicos que pueden alterar la interpretación de los datos estadísticos y resultados, quedando para los análisis correspondientes la muestra conformada por 45 ítems o preguntas y 400 pacientes evaluados.

Antes de realizar el análisis factorial, se tuvo que determinar la distribución de los datos con el fin de seleccionar los métodos de extracción en el AFE y el estimador en el AFC. Entonces, se utilizaron 2 estadísticos para determinar la distribución de los datos

de una muestra multivariante. El primero fue el estadístico de Shapiro-Wilk, (ver tabla 22) que encontró que, de acuerdo con la distribución univariante, los datos no siguen una distribución normal. Posteriormente, con la prueba de Mardia, como lo muestra la tabla 21, se encontró que la asimetría multivariada es 1 562,57 con un p-value =0,000 y la curtosis de 3 046,25 con valor de p=0,000, Con estos resultados, se puede afirmar categóricamente que la distribución de la muestra es no normal.

Análisis factorial exploratorio (AFE)

Dentro del análisis factorial, primero se trabajó el análisis factorial exploratorio (AFE). Con este fin, se revisaron las recomendaciones de Ledesma et al. (81) quien en su publicación "Uso del Análisis Factorial Exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para Autores y Revisores", establecen pautas para cumplir un adecuado análisis factorial. En este estudio, se han adecuado estas pautas y, teniendo en cuenta los aspectos académicos, se procedió con el AFE. Según estas recomendaciones, se determinó primero la pertinencia del AFE según los siguientes estadísticos: en primer lugar, se determinó la unidimensionalidad de la muestra a través de la correlación de Pearson. Según este análisis, se encontró que ninguno de los 45 ítems tenía valores negativos, por lo tanto, ninguno se tuvo que eliminar. En segundo lugar, a los 45 ítems seleccionados se aplicó el análisis del Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Este estadístico mide el grado de relación conjunta entre las variables. El rango normal del KMO es de 0 a 1 y, cuanto más alto es el valor, más sustancialmente relacionadas entre ellas estarán las variables. Un KMO con un valor $>0,500$ será adecuado, sugiriendo que la matriz de correlación será apropiada para factorizar. En tercer lugar, se utilizó el test de esfericidad de Bartlett. Este test pone a prueba la hipótesis nula de que la matriz de correlación poblacional es idéntica; en otras palabras, las variables están incorrelacionadas en la población. El test de Bartlett es una prueba de seguridad y una condición necesaria para que el análisis factorial se ejecute; se debe rechazar la hipótesis nula, en otras palabras, la diferencia significativa apoya la pertinencia del análisis factorial. Como lo presenta la tabla 16, en el presente estudio, se logró un KMO $>0,791$, la prueba de esfericidad de Bartlett; chi cuadrado de 5504,706, gl 378, sig=0,000, adicionalmente a través de la matriz de correlaciones el determinante = 2,469E-10. Sobre estos hallazgos, Ledesma et al. (74), en su publicación "Uso del

Análisis Factorial Exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para Autores y Revisores", en su anexo "Análisis Factorial Exploratorio - Guía de Evaluación", consideran como datos de entrada y análisis preliminares la determinación de KMO y el test de esfericidad de Bartlett como índices de adecuación sugeridos para determinar la pertinencia del AFE.

En vista de que se había cumplido con estos criterios de pertinencia para ejecutar el análisis factorial, para el AFE, se decidió trabajar con el estimador de Factorización del eje principal. Es un método que pertenece al grupo de mínimos cuadrados, es iterativo basado en la extracción sucesiva de aquellos factores que explican la mayor parte de la varianza común, se aplica cuando la variable es ordinal, y los datos no cumplen los supuestos de normalidad, tiene la ventaja que produce menos casos Heywood (comunalidades > 1), o la no convergencia en la estructura de datos lo que impide las soluciones factoriales (75) (76). Con este método, se determinó las matriz de comunalidades señalados en la tabla 17 y fueron seleccionados los ítems con cargas $> 0,400$; adicional a esto, con este estimador, se logró encontrar la varianza total explicada (VTE) que señala qué número de factores explican más del 50 % de la varianza común. en la tabla 18, se muestra que cuatro factores albergan el casi 60,52 % de la VTE. Sobre estos hallazgos, Li et al. (133), en su estudio "Validation of China Health-Related Outcomes Measures-Cardiovascular Disease", utilizó el método de extracción máxima verosimilitud e identificó cuatr factores todos con cargas factoriales $>$ de 0,400. Utilizando el mismo método de máxima verosimilitud, Suarez et al. (134), en su estudio con una medida de asimetría y curtosis que determinó que los datos tiene una distribución normal (parámetros de normalidad ± 2 DE) sobre 21 ítems de la escala, encontró ítems con comunalidades $> 0,500$; así también, Gillanders et al. (41), en su estudio MHS, utilizando el estimador factorización del eje principal, eliminó 8 ítems con comunalidades con cargas $< 0,300$. Como se puede apreciar indistintamente de la distribución de los datos, utilizando el método de extracción de máxima verosimilitud o cuadrados mínimos, se busca que los ítems seleccionados sean más homogéneos y representen de la mejor manera a la VTE. En el presente estudio, se utilizó para la selección de los ítems el punto de corte de $> 0,400$ para la cargas factoriales. Con esta medida, se logra retirar a 15 ítems para proseguir con el AFE y se logra explicar que la solución factorial seleccionada explica altas propociones de la varianza para cada uno de los ítems que son sometidos al

proceso de validación, en la tabla 17 se expone los ítems que fueron seleccionados para seguir con el AFE.

La extracción de factores es un tema central del AFE. La literatura menciona que se deben utilizar varios métodos con este fin, pues no existe un método que logre satisfacer por las limitaciones que plantean los estudios. Siendo así, Garmendia (135), en su estudio *Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Golberg*, versión de 12 preguntas, señala como criterios para extraer los factores a los criterio de káiser, definición a priori del porcentaje de VTE y el gráfico de sedimentación, de los señalados ella considero el primero. Nwoko et al. (136), sobre 120 encuestados, utilizaron el método de índice H o el número de factores que explican el 50 % de la VTE; con esta medida, extrajo 3 factores. Zhnag et al. (137), en su estudio sobre la satisfacción de los pacientes ambulatorios y hospitalizados en China, utilizaron como criterio de extracción de factores a la prueba de pantalla de Cattell. Como se observa, la literatura consultada utilizan distintos criterios para retener factores. En este estudio, se tuvo en cuenta los criterios de objetivos el estudio, criterios basados en la teoría y la interpretabilidad de la solución; por ello, se utilizó la pantalla de Cattell, el factor h, y el SMRM. Con esta determinación, se retuvieron cuatro factores que representan la mayor varianza común.

Rotación de factores

Como la VTE es explicada por más de un factor, se debe proceder con la rotación. El término rotación deriva del hecho de que estas transformaciones se realizaban originalmente de forma gráfica utilizando representaciones geométricas. La razón de la rotación es obtener una estructura simple que intente cargar cada variable en la menor cantidad de factores posible, pero que, a la vez, maximice el número de cargas altas en cada variable. En otras palabras, obtener cargas factoriales más interpretables. En la revisión de la literatura, Kweon et al. (129), en su estudio IEMS, después de haber retenido los factores en número de 4, empleó la rotación ortogonal de varimax para dilucidar las relaciones de los ítems y sus factores correspondientes. Otro autor Liu (138), al estudiar la satisfacción del paciente basado en el AFE, con una encuesta sobre 2 626 pacientes utilizando el método de rotación ortogonal de varimax, logró ordenar las cargas

factoriales y los componentes de cada factor, obteniendo 3 ítems por el factor 1 y 2, y un ítem por el factor 3. Así también, Contreras et al. (139), en el estudio sobre competencias digitales, desarrollo y validación de un instrumento en el contexto de Colombia, aplicando la rotación ortogonal, logró distribuir los ítems por cargas factoriales ordenadas de los 6 factores retenidos. En el presente estudio, se aplicó a los datos la rotación ortogonal de varimax y se logró que los cuatro factores retenidos seleccionaran de forma ordenada los ítems que conforman cada factor. En la tabla 19, se representa esta información. Se debe señalar que la rotación sea ortogonal u oblicua, permite entender de forma más sencilla cómo es la distribución de los ítems por cada factor retenido. Este paso es básico para proseguir con el AFC, ya que se convierte en la plantilla que guiará al futuro modelo que se confirmará con el AFC.

Habiéndose conocido que la distribución de los datos no sigue una distribución normal para la muestra de 400 pacientes de nuestro estudio, se procedió con seleccionar el estimador estadístico para el AFC; siendo así, se escogió como estimador al método de cuadrados mínimos no ponderados (ULS) y el estadístico de Bootstrap, porque se está violando el criterio de normalidad. En la figura 8, se muestra muestra la distribución de las variables latentes o dimensiones (D1,2,3,4) y su relación con las variables observadas o ítems con sus pesos estandarizados e indican las correlaciones entre los factores identificados o variables latentes, esto señala que están correlacionadas entre si. Las flechas que parten de cada factor hacia los ítems que los componen variables observadas o ítems muestran los coeficientes de regresión entre cada ítems o pregunta y factor o dimensión contribuyente. Todos los coeficientes son positivos, indicando una contribución positiva a mayor valor mayor contribución para cada uno de ellos.

El AFC va a permitir conocer si los datos se aplican al modelo propuesto, si el modelo a priori propuesto en el AFE se ajusta a los datos de la muestra. En el presente estudio, se utilizó el estimador que pertenece al grupo de los cuadrados mínimos para ser más exactos, al estimador de método de los cuadrados mínimos no ponderados (ULS) y el estadístico de Bootstrap. Según este método y presentado en la tabla 23, se han considerado en la literatura los índices de ajuste absolutos: chi cuadrado normalizado (CMIN/DF) con un valor de corte de $<5,00$ el valor calculado en nuestro estudio fue 2,01,

la raíz media cuadrática residual (SRMR) con un valor estimado de $< 0,80$ siendo el valor calculado en nuestro estudio de $0,06$ y el índice de bondad de ajuste o índice gamma (GFI) cuyo valor de corte es $> 0 = 0,93$ siendo el valor calculado en nuestro estudio de $0,87$; y como índices de parsimonia a los siguientes: Índice de bondad de ajuste corregido (AGFI) que considera la literatura como punto de corte $> 0,90$. En el presente estudio, se alcanzó un valor de $0,87$, el índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) cuyo punto de corte es “cerca de 1”; en este estudio, se logró un valor de $0,77$ y el índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI) con un valor de referencia de $0,5$ a $0,7$; en presente caso, se logró $0,748$. Según Goretzko et al. (80), se ha desarrollado un amplio conjunto de índices de ajuste para cuantificar la bondad de ajuste o la desviación de ajuste del modelo. Estas últimas son medidas centradas en el error para cuantificar la diferencia entre una matriz de covarianza empírica y la matriz de covarianza implícita del modelo estimado, las medidas más comunes son el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) y raíz media cuadrática residual (SRMR), según el autor señalado en su revisión narrativa *Evaluating Model Fit of Measurement Models in Confirmatory Factor Analysis*. En 221 artículos revisados entre los años 2015 y 2020, encontró que los índices de ajuste más comunes fueron RMSEA, SRMR, CFI, GFI y TLI. En el presente estudio, no se ha trabajado el índice de ajuste de RMSEA y TLI, por que nuestra distribución multivariante es no normal, como índice de ajuste absoluto se ha trabajado con SRMR, GFI. Además, con los índices de chi cuadrado normalizado (CMIN/DF) y como índices de ajuste de parsimonia de índice de bondad de ajuste corregido AGF, índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI) y índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI); donde utilizando puntos de corte sugeridos por Hu et al. (91), en este estudio, se ha encontrado que 5 de los 7 índices de ajuste logran alcanzar el punto de corte señalado indicando que el ajuste es adecuado o logrando un buen ajuste y 2 índices no logran el ajuste. Según la literatura consultada para aceptar en general el modelo, no es necesario que se deban lograr el valor de ajuste adecuado en todos los índices de ajuste, se debe tener en cuenta el contexto donde se aplica la encuesta y los objetivos de la misma además que los índices miden diferentes aspectos del constructo; por eso, se debe utilizar diversos índices de ajuste (80). En el presente estudio se aceptaron como válido el modelo propuesto en la tabla 23 por la coherencia con la teoría y la heterogeneidad esperada del constructo, pues se han considerados trabajadores profesionales, no profesionales, así como la organización y

estructura del hospital. Scholl et al. (140), en su estudio desarrollo y propiedades psicométricas del cuestionario y toma de decisiones compartidas-versión para médicos (SDM-Q-Doc), utilizó una muestra de 29 médicos y 324 pacientes; encontró índices de ajuste considerados como de buen ajuste a 4 de ellos: RMSEA, CMIN/DF, CFI, TLI. Haddad et al. (141), en su estudio sobre las características psicométricas del cuestionario revisado de actitud ante al depresión (R-DAQ) en médicos paquistanies. Sobre una muestra de 700 médicos con una distribución de los datos como no normal según los criterios de la prueba de Mardia, utilizó el estimador de cuadrados mínimos no ponderados y el análisis paralelo de correlaciones policóricas solo encontró en los índices de ajuste adecuados en GFI 0,97, RMSR de 0,057. Así también, De las Cuevas et al. (142) en su estudio validación de la versión en español del cuestionario del toma de decisiones compartidas de 9 ítems. Sobre una muestra de 540 pacientes de atención primaria, estableció 3 modelos en el AFC utilizando 4 índices de ajuste escogió como el modelo que mejor se ajusta al modelo unidimensional que tiene 2 índices de ajuste considerados como aceptable CFI y GFI de los 4 índices de ajuste evaluados.

Según la tabla 25, donde se expone el análisis de la hipótesis del estudio con la utilización del estimador de cuadrados mínimos no agrupados más el estadístico de Brootrap, se señala el análisis de la prueba de hipótesis 1, donde se acepta la hipótesis alternativa. La labor y actitud del personal médico refleja positivamente la características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados en las siguientes preguntas: ¿El médico fue amable y cortés con usted?, ¿el médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿entendió lo que explicó? y la relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?; con una significancia del $p < 0,05$.

En la prueba de hipótesis 2, se acepta la hipótesis alterna que la labor y actitud del personal de enfermería se asocia positivamente la características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados teniendo en cuenta los siguientes preguntas: ¿La enfermera tiene disposición para atender?, ¿el personal de enfermería le ha demostrado interés?, en general ¿el personal de enfermería de ha demostrado amabilidad?, la enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindo el tiempo necesario?; también estas preguntas con un nivel de significancia de $p < 0,05$.

En la prueba de hipótesis 3, se acepta la hipótesis alterna que la labor y actitud del personal técnico de enfermería refleja positivamente la características que determinan la satisfacción de los pacientes hospitalizados teniendo en cuenta los siguientes preguntas: El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?, el personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizaran mientras se encuentre hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?, el personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesito? esto se alcanza con un nivel de significación de $p < 0,05$.

Para evaluar la confiabilidad de instrumento, en el presente estudio, se utilizó el estadístico del alfa de Cronbach, Omega de McDonald's y confiabilidad compuesta. Como la distribución de los datos corresponde a una distribución no normal, el estadístico de omega de McDonald's es el estadístico más apropiado para indicar el grado de confiabilidad (115). En este sentido, los valores encontrados como confiabilidad general es 0,91. Entendiendo que el valor de corte es 0,70, se considera que la confiabilidad del instrumento es adecuado. Por la muestra en estudio de 400 pacientes, tendría el criterio para considerar los valores de alfa de Cronbach que, por lo menos, señala debe de ser una muestra de 100 sujetos (24). Existe mucha utilización del estadístico alfa de Cronbach en la literatura, pero no se dice si cumple los requisitos que necesita para una adecuada interpretación los cuales son la distribución de los datos sea normal, tamaño de muestra > 100 sujetos, equivalencia de tau esencial. En el presente estudio, si los valores encontrados entre el alfa de Cronbach y el omega de McDonald's, la mayor diferencia se observa en las dimensiones 3 y 4 así como también con el estadístico de confiabilidad compuesta, el cual se calculó de las cargas factoriales estandarizadas del AFC.

Sobre el nivel de satisfacción

Con la escala de satisfacción en salud 1.0NF, se ha alcanzado un nivel de satisfacción del 42 % y de muy satisfecho del 52 % en el servicio recibido. La literatura consultada, como el caso de Real y Vergara (143), utilizando el cuestionario SERVQUAL sobre una muestra de 312 pacientes del Servicio de Clínica Médica, encontró una satisfacción del 58 %. En ese sentido, Wei et al. (17), en su estudio sobre 6,640 pacientes, utilizaron una encuesta sometida a análisis factorial confirmatorio (AFC), que generó 4

dimensiones y 28 ítems, con una confiabilidad $> 0,700$, y encontró una satisfacción global del 89,6 %. Además, Wei et al. (144) realizaron un estudio en 5,151 pacientes en 19 hospitales de la provincia de Hunan, China, donde evaluó la satisfacción con el servicio de salud recibido a través de un instrumento de 19 ítems sometido a análisis factorial, que generó 6 dimensiones y alcanzó un alfa de Cronbach $> 0,700$, según sus resultados, los pacientes mostraron una mayor satisfacción con la calidad de la atención médica, del 90,1 %.

Como se puede observar, determinar la satisfacción a través de instrumentos de medición con criterios aceptados a nivel internacional como válidos permite interpretar la información recabada y tiene como fin mejorar la calidad del servicio que se otorga. Además, es pertinente señalar que el diseño y aplicación de un instrumento de medición deben alcanzar la validez y confiabilidad adecuadas. La interrogante que se puede plantear es ¿qué seguridad tiene el personal de salud o investigadores interesados en el tema de satisfacción en salud de que el instrumento que se pretende utilizar es el más adecuado?, ya que tiene respaldo psicométrico y metodológico en la literatura. Con este fin, se ha sugerido el consenso para la selección de instrumentos de medición del estado de salud (COSMIN). La lista de verificación COSMIN describe cómo se debe evaluar idealmente nueve propiedades de medición diferentes y proporciona criterios de puntuación para la evaluación de la calidad metodológica de los instrumentos de medición (145). Asimismo, Terwee et al. (146) califica la calidad metodológica de las revisiones sistemáticas de estudios sobre propiedades de medición, estableció un sistema de puntuación para la lista de verificación COSMIN. A estas verificaciones, fue sometido el instrumento satisfacción en salud 1.0NF y se encontró que de los nueve criterios de Terwee se lograron alcanzar cinco, asimismo, para el análisis de los criterios de COSMIN, se alcanzaron siete de los nueve criterios propuestos. Con esta información, se puede afirmar que el instrumento del presente estudio tiene una buena calidad metodológica y se puede utilizar para medir la satisfacción de la calidad de atención en el área de hospitalización en EsSalud.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación significativa entre el desempeño laboral y actitud del personal médico que determinan la satisfacción con la atención en el área de hospitalización en los siguientes ítems: La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?, ¿el médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿entendió lo que le explicó?, ¿el médico fue amable y cortés con usted?. Estos hallazgos confirman la importancia de la comunicación efectiva, la amabilidad y las buenas relaciones interprofesionales del personal médico en la satisfacción del paciente hospitalizado.
2. En la dimensión 2, sobre las condiciones organizacionales y estructurales de la Institución, existe una relación significativa con la satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina en los siguientes ítems: En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?; ¿fue cómoda la cama que le asignaron?; el ambiente donde estuvo hospitalizado, ¿fue de calma y tranquilidad? Estos resultados destacan la importancia del entorno físico y la comodidad en la experiencia del paciente durante su hospitalización.
3. En cuanto a la dimensión 3, sobre la labor y actitud del personal técnico de enfermería, existe una relación significativa con la satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina en los siguientes ítems: el personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesito?, el personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?, el personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?. Estos hallazgos subrayan la importancia de la respuesta oportuna, la cortesía y la comunicación clara por parte del personal técnico de enfermería.
4. Existe una relación significativa en la dimensión 4 sobre el desempeño laboral y actitud del personal de enfermería en los siguientes ítems: ¿La enfermera tiene disposición por atender ?, ¿el personal de enfermería le ha mostrado interés?, en

general ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?, ¿fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería?, la enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario? Estos hallazgos subrayan la importancia de la respuesta oportuna, la cortesía y la comunicación clara por parte del personal técnico de enfermería.

5. El instrumento satisfacción en salud 1.0NF en sus 4 dimensiones y 14 ítems miden la satisfacción del paciente asegurado hospitalizado en EsSalud. La escala ha demostrado tener validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad adecuadas para su uso en la evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Este instrumento representa una contribución significativa para la evaluación de la calidad de la atención sanitaria en el contexto peruano, considerando las particularidades culturales y organizacionales del sistema de salud de EsSalud.

RECOMENDACIONES

1. Se deben realizar estudios para evaluar el comportamiento de la escala de satisfacción en salud 1.0NF en pacientes de otras especialidades médicas o quirúrgicas que requieren hospitalizarse; por ejemplo, obstetricia, cirugía en el mismo nivel hospitalario para ver el comportamiento de las dimensiones. Esto permitiría validar la aplicabilidad del instrumento en diferentes contextos clínicos y poblaciones de pacientes, fortalecería su utilidad como herramienta de evaluación de la calidad asistencial.
2. Se debe realizar un monitoreo el comportamiento de la escala de satisfacción en salud 1.0NF en lo que respecta con la medición de los criterios de ajuste de bondad del análisis factorial confirmatorio en otras instituciones de salud del mismo nivel hospitalario para determinar el rendimiento de la misma, pues la satisfacción varía con el tiempo, por lo que debe ser medida regularmente.
3. Realizar estudios de validez de criterio en la misma población, pero con otro instrumento que haya sido sometido a validación y confiabilidad y que sirva como patrón de referencia para comparar la efectividad de la escala propuesta. Esta comparación con instrumentos ya validados permitiría establecer la validez concurrente de la escala satisfacción en salud 1.0NF, fortaleciendo su posición como herramienta de evaluación de la calidad asistencial.
4. Al ser la satisfacción una variable multidimensional, se debe realizar estudios en otras instituciones de salud que ofrecen el servicio de hospitalización para demostrar si en nuestra realidad peruana es necesario hacer ajustes al modelo establecido en este estudio de 4 dimensiones y 14 ítems. Estos estudios adicionales permitirían refinar el instrumento y adaptarlo a las particularidades de diferentes contextos institucionales dentro del sistema de salud peruano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. A D. Calidad de la atención médica. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2001; 16: p. s29-s38. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152004000100007.
2. Moreno R. Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015; 53(5): p. 552-557. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=62780>.
3. Blázquez S, Quezada A. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Rev Med UV [Internet]. 2014; 14(1): p. 14-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56023>.
4. Cabadas R. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando? CIR MAY AMB [Internet]. 2015; 20(2): p. 79-82. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/07_20_1_FC_Cabadas.pdf.
5. Feldman L. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Revista de Calidad Asistencial [Internet]. 2007; 22(3): p. 133-140. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71208-3](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71208-3).
6. Hernández A, Hidalgo D, Hambleton K, Gómez J. International Test Commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. Psicothema [Internet]. 2020; 32(3): p. 390-398. Disponible en: <https://doi.org.10,7334/psicothema2019.306>.
7. Asamrew N, Endris A, Tadesse M. Level of Patient Satisfaction with Inpatient Services and Its Determinants: A Study of a Specialized Hospital in Ethiopia. J

- Environ Public Health [Internet]. 2020;(13): p. 2473469. Disponible en: <https://doi.org.10,1155/2020/2473469>.
8. Babatola H, Popoola O, Olatubi I, Adewoyin R. Patients' Satisfaction with Health Care Services in Selected Secondary Health Care Facilities in Ondo State, Nigeria. *J Fam Med Dis Prev* [Internet]. 2022; 8(145): p. Disponible en: <https://doi.org/10,23937/2469-5793/1510145>.
 9. Hu L, Ding H, Liu S, Wang Z, Hu G, Liu Y. Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. *Health Expect* [Internet]. 2020; 23(1): p. 115-124. Disponible en: <https://doi.org.10,1111/hex.12974>.
 10. Lappé L, Raaum E, Ciarkowski E, Reddy P, Johnson A. Impact of Hospitalist Team Structure on Patient-Reported Satisfaction with Physician Performance. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2020; 35(9): p. 2668-2674. Disponible en: <https://doi.org.10,1007/s11606-020-05775-5>.
 11. Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2011; 23(5): p. 503-9. Disponible en: <https://doi.org.10,1093/intqhc/mzr038>.
 12. Coutinho S, Prasad C, Prabhudesai R. Antecedents and outcomes of patient satisfaction in healthcare: A conceptual model. *Health Mark Q* [Internet]. 2020; 37(4): p. 300-315. Disponible en: <https://doi.org.10,1080/07359683.2021.1947068>.
 13. Hwang J, Vu T, Tran X, Nguyen H, Nguyen V, Nguyen L, et al. Measuring satisfaction with health care services for Vietnamese patients with cardiovascular diseases. *PLoS One* [Internet]. 2020; 15(6): p. e0235333. Disponible en: <https://doi.org.10,1371/journal.pone,0235333>.

14. Almonani R, Risheed R, Banyhamdan K. Patients' satisfaction of health service quality in public hospitals: A PubHosQual analysis. *Management Science Letters* [Internet]. 2020;(10): p. 1803-1812. Disponible en: <https://doi.org.10,5267/j.msl.2019.12,038>.
15. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Haster S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017; 12(2): p. e0170988. Disponible en: <https://doi.org.10,1371/journal.pone,0170988>.
16. Masudur V. Determinants of Patient Satisfaction That Impact Hospital Quality Improvement: Evidence from a Systematic Literature Review. *Annals of the Romanian. Society for Cell Biology* [Internet]. 2021; 25(4): p. Disponible en: <http://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/4341>.
17. Wei J, Wang L, Yang B, Yang B. Development of an In-Patient Satisfaction Questionnaire for the Chinese Population. *PLoS One* [Internet]. 2015; 10(12): p. e0144785. Disponible en: <https://doi.org.10,1371/journal.pone,0144785>.
18. Moscoso G, Villarreal D, Castillo R, Bellido L, Mezones E. Validez y confiabilidad de la escala de satisfacción de los usuarios de consulta médica ambulatoria en Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2019; 36(2): p. 167-177. Disponible en: <http://dx.doi.org/10,17843/rpmesp.2019.362.4621>.
19. Rodríguez P, Reategui A, Pantoja L. Factores asociados a satisfacción en la atención en salud de pacientes internados en un hospital nacional en Lima, 2018. *Horiz. Med.* [Internet]. 2022; 22(3): p. e1769. Disponible en: <http://dx.doi.org/10,24265/horizmed.2022.v22n3>.
20. Sandoval D, Diaz K, Vásquez M, Vásquez P, Vera L, Yacarini A, et al. Nivel de satisfacción de usuarios hospitalizados en servicio de cirugía del Hospital

- Regional Lambayeque – 2018. *Rev Exp Med* [Internet]. 2018; 4(4): p. 138–142. Disponible en: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/277>.
21. La Torre A, Oyola A, Quispe M. Factores asociados al grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de gastroenterología del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú. Mayo, 2014. *Rev Gerenc Polít Salud* [Internet]. 2017; 17(34): p. 59-68. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-34.fasu>.
 22. Hernández A. *Metodología de la Investigación*: Mac Graw Hill; 2014.
 23. Kosinski M, Nelson M, Stanford H, Flom D, Schatz M. Patient-Reported Outcome Measure Development and Validation: A Primer for Clinicians. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. 2024; 12(10): p. 2554-2561. Disponible en: <https://doi.org.10,1016/j.jaip.2024,08,030>.
 24. Kennedy I. Sample Size Determination in Test-Retest and Cronbach Alpha Reliability Estimates. *British Journal of Contemporary Education* [Internet]. 2022; 2(1): p. 17-29. Disponible en: <https://doi.org.10,52589/BJCEFY266HK9>.
 25. Fernández T, Perez R, Bardales O. Hacia una mejor comprensión de la validez y la confiabilidad en la investigación: apuntes desde el entorno universitario. *Rev. Spirat.* [Internet]. 2024; 2(3): p. 35-46. Disponible en: <https://doi.org.10,20453/spirat.v2i1.5247>.
 26. Villasís M, Márquez H, Zurita J, Miranda G, Escamilla A. El protocolo de investigación VII. Validez y confiabilidad de las mediciones. *Rev Alerg Mex* [Internet]. 2018; 65(4): p. 414-421. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.560>.
 27. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi H, Nikanfar R. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J Caring Sci*

- [Internet]. 2015; 4(2): p. 165-78. Disponible en: <https://doi.org.10,15171/jcs.2015,017>.
28. Lynn R. Determination and quantification of content validity. Nurs Res [Internet]. 1986; 35(6): p. 382-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3640358/>.
 29. Gómez J, Dolores M. La validez en los tests, escalas y cuestionarios. La Sociología En Sus Escenarios [Internet]. 2013;(12): p. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/1750>.
 30. García S. La Validez y la Confiabilidad en la Evaluación del Aprendizaje desde la Perspectiva Hermenéutica. Revista de Pedagogía [Internet]. 2002; 23(67): p. 297-318. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922002000200006.
 31. Urrutia M, Barrios S, Gutiérrez M, Mayorga M. Métodos óptimos para determinar validez de contenido. Educ Med Super [Internet]. 2014; 28(3): p. 547-558. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000300014.
 32. Waltz F, Strickland O, Lenz R. Measurement in nursing and health research New York: Springer Publishing Company; 2010.
 33. Anastasi A. Pruebas psicológica Nueva York: Macmillan; 1988.
 34. Polit F, Beck T, Owen V. ¿Es el CVI un indicador aceptable de validez de contenido? Evaluación y recomendaciones. Res Nurs Health [Internet]. 2007; 30(4): p. 459-67. Disponible en: <https://doi.org.10,1002/nur.20199>.
 35. Schmitz K, Storey C. Empirical Test Guidelines for Content Validity: Wash, Rinse, and Repeat until Clean. Communications of the Association for

- Information Systems [Internet]. 2020; 37: p. 31. Disponible en: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:231589477>.
36. Nunnally J, Bernstein H. Teoría psicométrica Nueva York: McGraw-Hill; 1994.
 37. Pedrosa I, Suárez J, García E. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013; 10(2): p. 3-18. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>.
 38. Galicia L, Balderrama J, Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura (Guadalajara, Jal.)* [Internet]. 2017; 9(2): p. 42-53. Disponible en: <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>.
 39. Madadzadeh F, Bahariniya S. Tutorial on how to calculating content validity of scales in medical research, Perioperative Care and Operating Room Management. *Perioperative Care and Operating Room Management* [Internet]. 2023; 31(2): p. 100315. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2023.100315>.
 40. Romero M, Sánchez P, Almodóvar L, González R, Salas P, Ranchal A, et al. Development and validation of a new satisfaction scale for objective structured clinical assessments (S-OSCA): A multicenter cross-sectional study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2024;: p. 106308. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106308>.
 41. Gillanders D, Fisher S, Kidney G, Ferreira N, Graham P, Harkjaer L. The Mindful Healthcare Scale (MHS): Development and initial validation. *Journal of Contextual Behavioral Science* [Internet]. 2024; 33(100817): p. 1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100817>.
 42. Jebb A. Perceived organizational support as social validation: Concept clarity and content validation [Internet] [Tesis Doctoral]. Indiana: Purdue University Graduate School; 2020. Disponible en:

https://hammer.purdue.edu/articles/thesis/Perceived_organizational_support_as_social_validation_Concept_clarity_and_content_validation/12559418.

43. Fitzpatrick R. The Meaning og Content Validity. *Applied Psychological Measurement* [Internet]. 1983; 7(1): p. 3-13. Disponible en: [https://doi.org/10,1177/014662168300700102](https://doi.org/10.1177/014662168300700102).
44. Taherdoost H. Validity and Reliability of the Research Instrument; How to Test the Validation of a Questionnaire/Survey in a Research. *SSRN Electronic Journal* [Internet]. 2016; 4(2): p. 28-36. Disponible en: <https://doi.org.10.2139/ssrn.3205040>.
45. Almanasreh E, Moles R, Chen T. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Soc Adm Pharm* [Internet]. 2019; 15(2): p. 214-21. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.sapharm.2018.03.066>.
46. DeVon H, Block M, Moyle P, Ernst D, Hayden S, Lazzara D, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2007; 39(2): p. 155-64. Disponible en: <https://doi.org.10.1111/j.1547-5069.2007.00161.x>.
47. Patrick D, Burke L, Gwaltney C, Leidy N, Martin M, Molsen E, et al. Content validity--establishing and reporting the evidence in newly developed patient-reported outcomes (PRO) instruments for medical product evaluation: ISPOR PRO Good Research Practices Task Force report: part 2--assessing respondent understanding. *Value Health* [Internet]. 2011; 14(8): p. 978-88. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.jval.2011.06.013>.
48. Eriksson P, Kovalainen A. *Qualitative Methods in Business research: A practical Guide to Social Research*: Sage; 2015.

49. Tracy J. *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact*: Wiley-Blackwell; 2019.
50. Almanasreh E, Moles J, Chen F. A practical approach to the assessment and quantification of content validity. *Contemporary Research Methods in Pharmacy and Health Services*. Elsevier [Internet]. 2022;: p. 583-599. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91888-6.00013-2>.
51. Baghestani R, Ahmadi F, Tanha A, Meshkat M. Bayesian critical values for Lawshe's content validity ratio. *Meas. Eval. Couns. Dev* [Internet]. 2019; 52(1): p. 69–73. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/07481756.2017.1308227>.
52. Lawshe C. A quantitative approach to content validity. *Pers Psychol* [Internet]. 1975; 28(4): p. 563-75. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>.
53. Bull C, Crilly J, Latimer S, Gillespie M. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure (ED PREM): a Delphi study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2022; 22(1): p. 1–10. Disponible en: <https://doi.org.10.1186/s12873-022-00617-5>.
54. Zhang L, Basham D, Carter J. Measuring personalized learning through the Lens of UDL: development and content validation of a student self-report instrument. *Stud Educ Eval* [Internet]. 2022; 72: p. 101121. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.stueduc.2021.101121>.
55. Dolatian M, Ebadi A, Hasanpoor S, Nayebinia S. Designing and validation of a reproductive health need assessment tool for women experienced domestic violence. *Reprod Health* [Internet]. 2022; 19(1): p. 1–11. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01342-9>.

56. Strauss E, Smith T. Construct validity: advances in theory and methodology. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2009; 5: p. 1-25. Disponible en: <https://doi.org.10,1146/annurev.clinpsy,032408.153639>.
57. Alavi M, Biros E, Cleary M. Notes to Factor Analysis Techniques for Construct Validity. *Can J Nurs Res* [Internet]. 2024; 56(2): p. 164-170. Disponibles en: <https://.doi.org.10,1177/08445621231204296>.
58. Messick S. Test validity and ethics of assessment. *American Psychologist* [Internet]. 1980; 35(11): p. 1012-1027. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.1012>.
59. Edward G, Camines J. Woods, in *Encyclopedia of Social Measurement*; 2005.
60. Ferrando J. Theoretical and empirical comparisons between two models for continuous item responses. *Multivariate Behavioral Research* [Internet]. 2002; 37(4): p. 521–542. Disponible en: https://doi.org/10,1207/S15327906MBR3704_05.
61. Luchetti M. Epistemic circularity and measurement validity in quantitative psychology: insights from Fechner's psychophysics. *Front Psychol* [Internet]. 2024; 21(15): p. 1354392. Disponible en: <https://doi.org10,3389/fpsyg.2024.1354392>.
62. Mulaik S. *The foundations of factor analysis* New York: McGraw-Hill; 1972.
63. Tabachnick B, Fidell S. *Practical Approach to using Multivariate Analyses*: Pearson Education; 2013.
64. Thompson B. *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*: American Psychological Association; 2004.

65. Ferrando P, Anguiano C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo* [Internet]. 2010; 31(1): p. 18-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441003>.
66. Conway M, Huffcutt I. A Review and Evaluation of Exploratory Factor Analysis Practices in Organizational Research. *Organizational Research Methods*. 2023; 6(2): p. 147-168. [https://doi.org/10,1177/1094428103251541](https://doi.org/10.1177/1094428103251541).
67. Costello B, Osborne J. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation* [Internet]. 2005; 10(7): p. 1-9. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/209835856>.
68. Howard M. Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? *International Journal of Human-Computer Interaction* [Internet]. 2016; 32(1): p. 51-62. Disponible en: [https://doi.org/10,1080/10447318.2015.1087664](https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1087664).
69. Watkins W. Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology* [Internet]. 2018; 44(3): p. 219-246. Disponible en: [https://doi.org/10,1177/0095798418771807](https://doi.org/10.1177/0095798418771807).
70. Howard C. A systematic literature review of exploratory factor analyses in management. *Journal of Business Research* [Internet]. 2023; 164: p. 113969. [https://doi.org/10,1016/j.jbusres.2023.113969](https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2023.113969).
71. Lloret S, Ferreres A, Hernández A, Tomás I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología* [Internet]. 2014; 30(3): p. Disponible: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.

72. Kaiser F. An index of factorial simplicity. *Psychometrika*. 1974; 39: p. 31–36. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF02291575>.
73. Preacher J, MacCallum R. Repairing Tom Swift's Electric Factor Analysis Machine. *Understanding Statistics [Internet]*. 2003; 2(1): p. 13–43. Disponible en: https://doi.org/10.1207/S15328031US0201_02.
74. Ledesma D, Ferrando J, Trógolo A, Poó M, Tosi D, Castro D. Exploratory factor analysis in transportation research: Current practices and recommendations. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour [Internet]*. 2021;(78): p. 340–352. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.trf.2021.02.021>.
75. Grieder S, Steiner D. Algorithmic jingle jungle: A comparison of implementations of principal axis factoring and promax rotation in R and SPSS. *Behav Res Methods [Internet]*. 2022; 54(1): p. 54-74. Disponible en: <https://doi.org/10.3758/s13428-021-01581-x>.
76. Rogers P. Best practices for your exploratory factor analysis: A Factor tutorial. *Revista de Administração Contemporânea*. 2022; 26(6): p. e210085. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210085.en>.
77. Schreiber B. Issues and recommendations for exploratory factor analysis and principal component analysis. *Res Social Adm Pharm [Internet]*. 2021; 17(5): p. 1004-1011. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.07.027>.
78. Sürücü L, Yikilmaz I, Maslakci A. Exploratory Factor Analysis (EFA) in Quantitative Researches and Practical Considerations. *OSF Preprints [Internet]*. 2022;(8): p. Disponible en: https://doi.org/10.31219/osf.io/fgd4e_v2.
79. Gorsush R. New procedure for extension analysis in exploratory factor analysis. *Educational and Psychological Measurement [Internet]*. 1997; 57(5): p. 725-740. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0013164497057005001>.

80. Goretzko D, Siemund K, Sernet P. Evaluating Model Fit of Measurement Models in Confirmatory Factor Analysis. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 2024; 84(1): p. 123-144. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00131644231163813>.
81. Ledesma R, Ferrando P, Tosi J. Uso del Análisis Factorial Exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para Autores y Revisores; Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica* [Internet]. 2019; 52(3): p. 173-180. Disponible en: <https://doi.org.10.21865/RIDEP52.3.13>.
82. Fabrigar R, Wegener T, MacCallum C, Strahan J. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods* [Internet]. 1999; 4(3): p. 272–299. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>.
83. Saas A, Schmitt A. A Comparative Investigation of Rotation Criteria Within Exploratory Factor Analysis. *Multivariate Behav Res* [Internet]. 2010; 45(1): p. 73-103. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00273170903504810>.
84. Morata M, Holgado F, Barbero I, Mendez G. Análisis factorial confirmatorio. Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción Psicológica* [Internet]. 2015; 12(1): p. 79-90. Disponible en: <https://dx.doi.org/doi.org/10.5944/ap.12.1.14362>.
85. DiStefano C, Hess B. Using confirmatory factor analysis for construct validation: An empirical review. *Journal of Psychoeducational Assessment* [Internet]. 2005; 23(3): p. 225–241. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/073428290502300303>.
86. Jordan F. Valor de corte de los índices de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *PSOCIAL* [Internet]. 2021; 7(1): p. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672371335005>.

87. Smith D, McMillan F. *Primer of Model Fit Indices in Structural Equation Modeling*: Southwest Educational Research Association; 2001.
88. McNeish D, Hancock G. The Thorny Relation Between Measurement Quality and Fit Index Cutoffs in Latent Variable Models. *Journal of personality assessment* [Internet]. 2017;(1): p. 43-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1281286>.
89. Chen F. Sensitivity of Goodness of Fit Indexes to Lack of Measurement Invariance. *Structural Equation Modeling* [Internet]. 2007; 14(3): p. 464-504. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>.
90. Lai K. Fit Difference Between Nonnested Models Given Categorical Data: Measures and Estimation. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* [Internet]. 2020; 28(1): p. 99-120. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10705511.2020.1763802>.
91. Hu L, Bentler M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* [Internet]. 1999; 6(1): p. 1-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
92. Knekta E, Runyon C, Eddy S. One Size Doesn't Fit All: Using Factor Analysis to Gather Validity Evidence When Using Surveys in Your Research. *CBE Life Sci Educ* [Internet]. 2019; 18(1): p. Disponible en: <https://doi.org/10.1187/cbe.18-04-0064>.
93. West G, Finch F, Curran J. Structural equation models with nonnormal variables: Problems and remedies. *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. 1995;: p. 56-75. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1995-97753-004>.

94. Cho G, Hwang H, Sarstedt M, Ringle M. Cutoff criteria for overall model fit indexes in generalized structured component analysis. *Journal of Marketing Analytics*. 2020; 8: p. 189–202. Disponible en: <https://doi.org/10.1057/s41270-020-00089-1>.
95. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronical Journal of Business Research Methods* [Internet]. 2008; 6(1): p. 53-60. Disponible en: <https://academic-publishing.org/index.php/ejbrm/article/view/1224>.
96. Xia Y, Yang Y. RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: the story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Method* [Internet]. 2019; 51: p. 409 - 428. Disponible en: <https://doi.org/10.3758/s13428-018-1055-2>.
97. Schumacker E, Lomax G. *A beginner's guide to structural equation modeling* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1996.
98. Tabachnik G, Fidell S. *Using multivariate statistics* New York: Allyn and Bacon; 2007.
99. Curran J, Bollen A, Chen F, Paxton P, Kirby B. Finite Sampling Properties of the Point Estimates and Confidence Intervals of the RMSEA. *Sociological Methods & Research*. 2003; 32(2): p. 208 - 252. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0049124103256130>.
100. Breivik E, Olsson U. *Adding Variables to Improve Fit: The Effect of Model Size on Fit Assessment in LISREL*: Scientific Software International, Lincolnwood; 2001.

101. Waldman D, Rhee H, Levy F, Hay A. Causes of overlap among symptoms of disorders, oppositional defiant disorder, and conduct disorder England: BrunnerRoutledge; 2001.
102. Escobedo M, Hernández J, Estebané V, Martínez G. Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Cienc Trab* [Internet]. 2016; 18(55): p. 16-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>.
103. Cea A. Análisis multivariable. Teoría y práctica en la investigación social Madrid: Síntesis; 2004.
104. DiStefano C. The impact of categorization with confirmatory factor analysis. *Structural Equation Modeling* [Internet]. 2002; 9(3): p. 327-346. Disponible en: https://doi.org/10.1207/S15328007SEM0903_2.
105. Jöreskog G, Olsson U, Wallentin F. *Multivariate analysis with LISREL* Switzerland: Springer; 2016.
106. Cangur S, Erkan I. Comparison of model fit indices used in Structural Equation Modeling under multivariate normality. *Journal of Modern Applied Statistical Methods* [Internet]. 2015; 14(1): p. 152-167. Disponible en: <https://doi.org/10.22237/jmasm/1430453580>.
107. Morata M, Holgado F. Construct validity of Likert scales through confirmatory factor analysis: A simulation study comparing different methods of estimation based on Pearson and polychoric correlations. *International Journal of Social Science Studies* [Internet]. 2013; 1(1): p. 54-61. Disponible en: <https://doi.org/10.11114/ijsss.v1i1.27>.
108. Morata D. Métodos de estimación y sus implicaciones para la validación de constructo mediante Análisis Factorial Confirmatorio de escalas tipo Likert [Internet] [Tesis Doctoral]. España: Universidad Nacional de Educación a

- Distancia; 2020. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=121070>.
109. Schermelleh K, Moosbrugger H, Muller H. Evaluating the Fit of Structural Equation Models: Tests of Significance and Descriptive Goodness-of-Fit Measures. In *Methods of Psychological Research*. 2003; 8(2): p. 23-74. Disponible en: <https://doi.org/10.23668/psycharchives.12784>.
 110. Flora D, Labrish C, Chalmers R. Old and new ideas for data screening and assumption testing for exploratory and confirmatory factor analysis. *Front Psychol* [Internet]. 2012;(3): p. 55. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00055>.
 111. Cook D, Beckman T. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med* [Internet]. 2006; 119(2): p. e7-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.036>.
 112. Heale R, Twycross A. Validity and reliability in quantitative studies. *Evid Based Nurs* [Internet]. 2015; 18(3): p. 66-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102129>.
 113. Bolarinwa O. Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Niger Postgrad Med J* [Internet]. 2015; 22(4): p. 195-201. Disponible en: <https://doi.org/10.4103/1117-1936.173959>.
 114. Ahmed I, Ishtiaq S. Reliability and validity: Importance in Medical Research. *J Pak Med Assoc.* [Internet]. 2021; 71(10): p. 2401-2406. Disponible en: <https://doi.org/10.47391/JPMA.06-861>.
 115. Kalkbrenner T. Alpha, Omega, and H Internal Consistency Reliability Estimates: Reviewing These Options and When to Use Them. *Counseling Outcome*

- Research and Evaluation [Internet]. 2021; 14(1): p. 77-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/21501378.2021.1940118>.
116. Amirrudin M, Nasution K, Supahar S. Effect of Variability on Cronbach Alpha Reliability in Research Practice. JMSK [Internet]. 2020; 17(2): p. 223–230. Disponible en: <https://doi.org/10.20956/jmsk.v17i2.11655>.
117. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Revista Calidad Asistencial [Internet]. 2001; 16(4): p. 276-279. Disponible en: [https://doi.org.10.1016/S1134-282X\(01\)77420-9](https://doi.org.10.1016/S1134-282X(01)77420-9).
118. Molina M, Quesada L, Ulate D, Vargas S. La calidad en la atención médica. Medicina Legal de Costa Rica [Internet]. 2004; 21(1): p. 109-117. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152004000100007&>.
119. MINSA. Indicadores de gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y Diresa Lima: Areade Investigación y análisis; 2013.
120. García C, Almenara J, García J. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1998; 72(2): p. 103-110. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000200003.
121. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino M, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. Perspect Public Health [Internet]. 2017; 137(2): p. 89-101. Disponible en: <https://doi.org.10.1177/1757913916634136>.
122. Coronado R, Cruz E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet]. 2013; 25(1): p. 26-33. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=44535>.

123. Nguyen T, Nguyen N, Dang A. Determinants of patient satisfaction: Lessons from large-scale inpatient interviews in Vietnam. *PLoS One* [Internet]. 2020; 15(9): p. e0239306. Disponible en: <https://doi.org.10.1371/journal.pone.0239306>.
124. Woo S, Choi M. Medical service quality, patient satisfaction and intent to revisit: Case study of public hub hospitals in the Republic of Korea. *PLoS One* [Internet]. 2021; 16(6): p. e0252241. Disponible en: <https://doi.org.10.1371/journal.pone.0252241>.
125. Rimer A, Mubbashir M, Panda M, Qayyum R. Spirituality and satisfaction with physicians among hospitalized patients. *J Health Care Chaplain* [Internet]. 2022 Enero; 28(1): p. 21-28. Disponible en: <https://doi.org.10.1080/08854726.2020.1727601>.
126. Liu S, Li G, Liu N, Hongwei W. The Impact of Patient Satisfaction on Patient Loyalty with the Mediating Effect of Patient Trust. *Inquiry* [Internet]. 2021;(58): p. Disponible en: <https://doi.org.10.1177/00469580211007221>.
127. Nepal S, Keniston A, Indovina K, Frank M, Stella S, Quinzanos I, et al. What Do Patients Want? A Qualitative Analysis of Patient, Provider, and Administrative Perceptions and Expectations About Patients' Hospital Stays. *J Patient Exp*. [Internet]. 2020; 7(6): p. 1760-1770. Disponible en: <https://doi.org.10.1177/2374373520942403>.
128. Kang Y, Tzeng H, Zhang T. Rural Disparities in Hospital Patient Satisfaction: Multilevel Analysis of the Massachusetts AHA, SID, and HCAHPS Data. *J Patient Exp* [Internet]. 2020; 7(5): p. 607-614. Disponible en: <https://doi.org.10.1177/2374373519862933>.

129. Kweon Y, Jang K, Back M, Lee M. Development and Psychometric Test of the Inpatients Experiences Measurement Scale (IEMS). *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2024; 18(27).
130. Arango P, Gonzalez V, Leyva S, Galvan O. Validez y fiabilidad de un instrumento de medición de tipos de residentes desde el enfoque de las representaciones sociales. *Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional* [Internet]. 2023; 33(62): p. e231351. Disponible en: <https://doi.org/10.24836/es.v33i62.1351>.
131. Sánchez C, Aguaded E, Rodríguez C. Content Validation of a Semi-Structured Interview to Analyze the Management of Suffering. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Octubre; 18(21): p. 11393. Disponible en: <https://doi.org.10.3390/ijerph182111393>.
132. Torres E. Diseño y validación de un cuestionario de vocación docente para profesores (CVOC-D). *Revista Fuentes* [Internet]. 2022; 24(1): p. 104–115. Disponible en: <https://doi.org/10.12795/revistafuentes.2022.15751>.
133. Li X, Rui L, Xiao F, Zhao K, Zhang X, Wang X, et al. Validation of China Health-Related Outcomes Measures-Cardiovascular Disease. *Value Health* [Internet]. 2024; 27(4): p. 490-499. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.jval.2024.01.003>.
134. Suárez G, Martínez B, Yaing N, Medina J. Análisis factorial confirmatorio en una escala sobre seguridad del paciente con estudiantes de Ciencias de la Salud. *South Florida Journal of Development* [Internet]. 2024; 5(9): p. e4367. Disponible en: <https://doi.org.10.46932/sfjdv5n9-021>.
135. Garmendia L. Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista Chilena De Salud Pública*

- [Internet]. 2007; 11(2): p. 57–65. Disponible en: <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/3095>.
136. Nwoko C, Yazdani K. Remote Working during the Covid-19 Global Pandemic and its Implications for Employee Motivation: Some Evidence from Nigeria through the Lens of Self-Determination Theory. *Journal of Business and Management Studies* [Internet]. 2022; 4(2): p. 423-447. Disponible en: <https://doi.org.10.32996/jbms.2022.4.2.31>.
137. Zhang J, Zhou F, Ge X, Ran X, Li Y, Chen S, et al. Reliability and validity of an indicator system used to evaluate outpatient and inpatient satisfaction in Chinese hospitals. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2018 Noviembre;(29): p. 2527-2536. Disponible en: <https://doi.org.10.2147/PPA.S186722>.
138. Liu L, Fang J. Study On Potential Factors Of Patient Satisfaction: Based On Exploratory Factor Analysis. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2019 Noviembre;(27): p. 1983-1994. Disponible en: <https://doi.org.10.2147/PPA.S228073>.
139. Contreras J, Piedrahita A, Ramírez I. Competencias digitales, desarrollo y validación de un instrumento para su valoración en el contexto colombiano. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad* [Internet]. 2019; 11(20): p. 205-232. Disponible en: <https://doi.org/10.22430/21457778.1083>.
140. Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, Buchholz A, Harter M. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Education and Counseling* [Internet]. 2012 Agosto; 88(2): p. 284-290. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.03.005>.
141. Haddad M, Wawas A, Sukhera A, Tarar A. The psychometric characteristics of the revised depression attitude questionnaire (R-DAQ) in Pakistani medical practitioners: a cross-sectional study of doctors in Lahore. *BMC Res Notes*

- [Internet]. 2017;(10): p. 333. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2652-3>.
142. De las Cuevas C, Perestelo L, Rivero A, Cebolla A, Scholl I, Harter M. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Health Expect* [Internet]. 2015 Diciembre; 18(6): p. 2143-53. Disponible en: <https://doi.org.10.1111/hex.12183>.
 143. Real R, Vergara V. Nivel de satisfacción de los pacientes egresados de un servicio de Clínica Médica del Paraguay. *Rev Perú Invest ig Salud* [Internet]. 2021; 5(2): p. 83-90. Disponible en: <https://doi.org/10.35839/repis.5.2.894>.
 144. Wei J, Shen L, Yang H, Huang W, Zhang J, Gong Q, et al. Development and validation of a Chinese outpatient satisfaction questionnaire: evidence from 46 public general hospitals and 5151 outpatients. *Public Health* [Internet]. 2015 Noviembre 1523-9. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.puhe.2015.03.004>; 129(11).
 145. Gärtner F, Bomhof H, Smith I, Scholl I, Stiggelbout A, Pieterse A. The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. *PLoS ONE* [Internet]. 2018; 13(2): p. e0191747. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191747>.
 146. Terwee C, Bot S, Boer M, Windt D, Knol W, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2007 Enero; 60(1): p. 34-42. Disponible en: <https://doi.org.10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>.
 147. Garcia M, Garcia M. Estimación de la validez de contenido en una escala de valoración de grado de violencia de género soportado en adolescentes. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013; 10(2): p. 41-58. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11823>.

148. Gutiérrez O. El trabajo médico. Acta médica costarricense [Internet]. 2016; 58(1): p. 36-37. Disponible en: <https://doi.org/10.51481/amc.v58i1.912>.

ANEXOS

**Anexo 1: Ítems seleccionados por el método Delphi. Escala de satisfacción en salud
1.0NF. Hospital III DAC 2023-2024**

1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?
2. ¿Los médicos que lo atendieron durante la hospitalización le dieron confianza y seguridad?
3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?
4. ¿El médico le explicó el motivo de su hospitalización?
5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?
6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución?
7. ¿Los médicos, antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento, se lo explican?
8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesita?
9. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?
10. La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital ¿es adecuada?
11. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?
12. ¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?
13. La información que brindó el médico a sus familiares ¿fue comprensible?
14. El médico que lo atendió durante su hospitalización ¿fue respetuoso con usted?
15. En una atención futura, ¿usted solicitaría que le atienda el mismo médico que estuvo a cargo durante su hospitalización?
16. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?
17. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?
18. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?
19. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?
20. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó de manera adecuada?

21. La enfermera le explicó sobre la medicación que le iba a colocar?
22. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?
23. ¿La enfermera tiene disposición por atender ?
24. El personal de enfermería tiene le inspira confianza y seguridad?
25. ¿Fue de calidad la información que le brindó el personal de enfermería ?
26. El personal técnico de enfermería ¿ha demostrado cortesía en la atención?
27. El personal técnico de enfermería ¿le explicó la rutina y los procedimientos que se realizarían mientras se encuentra hospitalizado en el ambiente al que fue asignado?
28. Hicieron las camas a tiempo ?
29. El personal técnico de enfermería ¿acudió al llamado cuando lo necesitó?
30. El personal técnico de enfermería ¿le ha demostrado amabilidad?
31. Cuando lo llevaron a las diversas salas de ayuda al diagnóstico y procedimientos médicos ¿el personal técnico de enfermería le llamaba por su nombre?
32. ¿Cómo califica en general la calidad de atención del personal técnico?
33. ¿La habitación que ocupó tuvo comodidad y confort?
34. ¿hay una buena iluminación intrahospitalaria?
35. Los equipos que utilizaron para realizarle sus estudios ¿considera que fueron adecuados?
36. ¿La accesibilidad a los ambientes es adecuada?
37. ¿Le molesta el ruido en la noche?
38. El ambiente donde estuvo hospitalizado ¿fue de calma y tranquilidad?
39. ¿Fue cómoda la cama que le asignaron?
40. En el ambiente que estuvo hospitalizado, ¿la iluminación fue adecuada?
41. ¿Considera que el tiempo que estuvo hospitalizado fue suficiente para restablecer su salud?
42. ¿La comida que le sirvieron fue variada y conservó su temperatura?
43. ¿La limpieza y mantenimiento de los baños y duchas fueron periódicos?
44. La limpieza de los ambientes, sala y pasillos ¿fue adecuada?
45. Limpieza y estado de la ropa de los pacientes ¿fue adecuada?

Anexo 2: Validación de contenido por el método de jueces. Escala de satisfacción en salud 1.0 NF

	ÍTEMS	Relevancia				Representatividad				Claridad				Sugerencias
	Primera Dimensión: Sobre la labor y actitud del personal médico en la atención que le brindaron durante la hospitalización													
N°	Ítems													
	1. ¿El médico fue amable y cortés con usted?													
	2. ¿Los médicos que lo atendieron durante su hospitalización le dieron confianza y seguridad?													
	3. ¿El médico tiene disposición e interés por atenderlo?													
	4. ¿El médico le explicó el motivo de su hospitalización?													
	5. ¿Los médicos respondieron a sus necesidades durante la hospitalización?													
	6. ¿Lo mantienen al tanto de su evolución ?													
	7. ¿Los médicos, antes de realizar algún procedimiento o aplicarle un tratamiento, se lo explican?													
	8. ¿Los médicos están dispuestos a apoyarlo cuando lo necesite?													
	9. ¿Conoce el nombre del médico que lo atendió en la hospitalización?													
	10. ¿Considera que el tiempo que el médico ha empleado para su visita médica es adecuado?													
	11. ¿La relación interpersonal de los médicos con los demás trabajadores del hospital es adecuada?													
	12. ¿Considera que el médico ha tenido un trato personalizado en su atención?													
	13. ¿El médico le mencionó sobre su enfermedad? ¿Entendió lo que le explicó?													

	14. ¿La información que brindó el médico a sus familiares fue comprensible?																			
	15. ¿El médico que lo atendió durante la hospitalización fue respetuoso con usted?																			
	16. En una atención futura, ¿usted solicitaría que sea el mismo médico que lo atendió en esta hospitalización?																			
	17. En general, ¿cómo califica la calidad de atención médica durante el tiempo que ha estado hospitalizado?																			
		Relevancia				Representatividad				Claridad										
	Segunda dimensión Sobre la labor y actitud del personal de enfermería sobre la atención que le brindaron durante su hospitalización																			
N°	Ítems																			
	1. La enfermera que lo atendió ¿hizo su trabajo y le brindó el tiempo necesario?																			
	2. En general, ¿el personal de enfermería le ha demostrado amabilidad?																			
	3. ¿El personal de enfermería le ha demostrado interés?																			
	4. Antes de realizar cualquier procedimiento en su persona, ¿se lo explicó?																			
	5. ¿La enfermera le explicó sobre la medicación que le iban a colocar?																			
	6. ¿La enfermera respondió a sus necesidades durante la hospitalización?																			
	7. ¿La enfermera tiene disposición por atender?																			
	8. ¿El personal de enfermería le inspira confianza y seguridad?																			
	9. ¿Fue de calidad la información que brindo el personal de enfermería?																			
		Relevancia				Representatividad				Claridad										

Anexo 3: Constancia de aprobación por un comité de investigación

CONSTANCIA DE APROBACIÓN POR UN COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN TACNA

Constancia de Aprobación *CIEI- 12 - 2023*

Tacna, 8 de setiembre del 2023

Neil Alfredo Adolfo Flores Valdez

Investigador Principal

Presente. –

Título del Protocolo: “Construcción, Validación e Implementación de la Escala de Satisfacción 1.0NF para evaluar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud, periodo octubre 2023- Setiembre 2024”

Versión y fecha del protocolo: v1.0, 13 de agosto del 2023

Tipo de Estudio: *Observacional*

Revisión del Comité: 2 de setiembre del 2023

Decisión del Comité: 2 de setiembre del 2023

De nuestra consideración:

El Comité Institucional de ética en Investigación ha revisado la solicitud de evaluación al protocolo de la referencia expresada en su carta del 20/08/2023. Para la aprobación se ha considerado el cumplimiento de las consideraciones éticas para la investigación en salud con seres humanos señaladas en la Resolución Ministerial N°233-2020. En virtud a ello ha aprobado el siguiente documento:

- Protocolo de investigación: “Construcción, Validación e Implementación de la Escala de Satisfacción 1.0NF para evaluar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud, periodo octubre 2023- Setiembre 2024”

Incluyendo los siguientes documentos relacionados al protocolo que se detallan a continuación (Descripción detallada de los documentos evaluados y aprobados, incluir fecha y número de la versión vigente aprobada).

DOCUMENTO

I. Protocolo de investigación

Ninguno de los miembros arriba mencionados declaró tener conflicto de interés.

El periodo de vigencia de la presente aprobación será de **(6) meses**; desde el 08.09.23 hasta el 08.03.24, debiendo solicitar la renovación con 30 días de anticipación. Cualquier enmienda en los objetivos secundarios, metodología y aspectos éticos debe ser solicitada a este CIEI.

Sírvase hacernos llegar los informes de avance del estudio en forma **anual/semestral/trimestral** a partir de la presente aprobación y el artículo científico una vez concluido el estudio. El presente estudio sólo podrá iniciarse en el centro de investigación en mención bajo la conducción del Investigador Principal, después de obtenerse la aprobación por la Gerencia de la Red Prestacional y/o de la Instancia Encargada del Área de Investigación (IEAI).



Dr. MIGUEL BOTTO ZAVALETA
PRESIDENTE
COMITÉ ETICO DE INVESTIGACION
INSTITUCIONAL TACNA
IRSA EsSalud

Tacna, 08 de setiembre de 2023.

Anexo 4: Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el Magister Neil Alfredo Adolfo Flores Valdez, e Médico del Servicio de Medicina del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. El objetivo de la investigación es determinar si la escala de Satisfacción 1.0 NF permite valorar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 – setiembre 2024.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario acerca de su satisfacción del área hospitalaria. Esto tomara aproximadamente entre 10 minutos de su tiempo.

La Participación en este estudio es estrictamente voluntario, **sin pago** alguno y puede retirar su participación en cualquier momento de la ejecución de la encuesta, lo cual no implicará perjuicio alguno. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando números de identificación y, por lo tanto, serán anónimos.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por He sido informado(a) que el objetivo de este estudio es determinar si la escala de Satisfacción 1.0 NF permite valorar la satisfacción del paciente hospitalizado en un hospital de Perú EsSalud en el periodo octubre 2023 – setiembre 2024.

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario sobre su satisfacción del área hospitalaria, lo cual tomará aproximadamente entre 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al responsable de esta investigación al teléfono 952522850.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar al 952522850 al teléfono anteriormente mencionado.

 Firma
 Nombre del Participante:
 DNI:

Fecha: de del 202..

Anexo 5: Artículo científico

Revista Médica Basadrina, 2024; 18(2): 03-12
 ISSN-L 2077-0014
 DOI: <https://orcid.org/10.33326/26176068.2024.2.2089>
 ©Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Unidad Editorial Universitaria. Tacna, Perú



Artículo original/Original article/Artigo original

Satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina de un hospital de Perú mediante el indicador SERVQHOS

Satisfaction in the Medicine Service of a Hospital in Peru, using the SERVQHOS indicator

Serviço de Medicina de um hospital no Peru usando o indicador SERVQHOS

Neil Flores-Valdez^{1a}
 Jorge López Claros^{1b}
 Carolyn Herrera Herrera-Gómez^{2c}
 Raúl Herrera³
 Armando Miñan Tapia^{2d}
 Néstor Luque^{4e}

<https://orcid.org/0000-0003-3634-9709>
<https://orcid.org/0000-0002-7669-100X>
<https://orcid.org/0000-0002-3051-7946>
<https://orcid.org/0000-0001-8956-6446>
<https://orcid.org/0000-0002-0104-780X>
<https://orcid.org/0000-0002-6192-4392>

Resumen

Objetivo: Determinar la evolución de la satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III de Tacna, mediante el indicador SERVQHOS, y comparar si las medidas de intervención incrementan la calidad de atención en el segundo grupo de pacientes. **Material y métodos:** Estudio longitudinal, descriptivo con componente analítico. La muestra es de 343 pacientes divididos en dos grupos. Se trabajó con el instrumento SERVQHOS. A través de la diferencia de medias, se verificaron los cambios de la percepción en las fases del estudio. **Resultados:** Hubo un incremento de la satisfacción global en ambos sexos en el segundo grupo. La condición de "muy satisfecho" se incrementó en todos los grupos etarios. Sobre la calidad hospitalaria, se evidencian cambios al comparar ambos grupos de pacientes. En el segundo grupo, en la dimensión calidad objetiva, se evidencia que el mayor cambio se presenta en el ítem "recuerda el nombre del médico" con 1,8 y el menor cambio se presenta en el ítem "la información que el médico le proporciona" con 0,3. En la dimensión de calidad subjetiva, el mayor cambio se presenta en el ítem "rapidez para conseguir lo que se necesita" con 0,7 y el menor cambio se presenta en el ítem "capacidad del personal para comprender necesidades" con 0,4. **Conclusiones:** Las estrategias de optimización en los aspectos técnicos, interacción interpersonal y condiciones de atención en el área no COVID-19 de hospitalización han mejorado el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el periodo de estudio.

Palabras clave: satisfacción del paciente, calidad de atención sanitaria, hospitalización, psicometría, cuidado de la salud, eficiencia organizacional

¹ Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Humana. Tacna, Perú

² Universidad Privada de Tacna, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Humana. Tacna, Perú

³ Hospital Militar Central, Médico Internista. Lima, Perú

⁴ Universidad Peruana Unión, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina Humana. Lima, Perú

⁵ Médico internista. Magister en Salud Pública. Jefe del Departamento de Medicina y Especialidades Médicas del Hospital III Daniel Alcides Carrión, Red Asistencial EsSalud Tacna, Perú

⁶ Médico gastroenterólogo. Magister en Docencia Universitaria y Gestión Educativa. Servicio de Especialidades Médicas del Hospital III Daniel Alcides Carrión, EsSalud Tacna, Perú

⁷ Médico Cirujano. Red periférica de MINSU Ilo, Perú

⁸ Médico residente de Emergencia. Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima

⁹ Médico con especialidad en Medicina Intensiva con PhD



Abstract

Objective: To determine the evolution of inpatient satisfaction in the Internal Medicine Service of Hospital III of Tacna, using the SERVQHOS indicator; and to compare whether the intervention measures increase the quality of care in the second group of patients. *Material and methods:* Longitudinal, descriptive study with analytical component. The sample consisted of 343 patients divided into two groups. The SERVQHOS instrument was used. Changes in perception during the phases of the study were verified by means of the difference in means. *Results:* There was an increase in overall satisfaction in both sexes in the second group. The condition of “very satisfied” increased in all age groups. Regarding hospital quality, changes are evident when comparing both groups of patients. In the second group, in the objective quality dimension, the greatest change was seen in the item “remembers the name of the physician” with 1.8 and the least change was seen in the item “the information provided by the physician” with 0.3. In the subjective quality dimension, the greatest change is in the item “speed in getting what is needed” with 0.7 and the smallest change is in the item “ability of the staff to understand needs” with 0.4. *Conclusions:* Optimization strategies in technical aspects, interpersonal interaction and conditions of care in the non-COVID-19 area of hospitalization have improved the level of satisfaction of the patients attended during the study period.

Keywords: patient satisfaction, health care quality, hospitalization, psychometrics, health care, organizational efficiency

Resumo

Objetivo: Determinar a evolução da satisfação do paciente internado no Serviço de Medicina Interna do Hospital III de Tacna, usando o indicador SERVQHOS, e comparar se as medidas de intervenção aumentam a qualidade do atendimento no segundo grupo de pacientes. *Material e métodos:* Estudo longitudinal, descritivo, com um componente analítico. A amostra foi composta por 343 pacientes divididos em dois grupos. Foi utilizado o instrumento SERVQHOS. As mudanças na percepção durante as fases do estudo foram verificadas por meio da diferença média. *Resultados:* Houve um aumento na satisfação geral em ambos os sexos no segundo grupo. O status de “muito satisfeito” aumentou em todas as faixas etárias. Em relação à qualidade do hospital, as mudanças são evidentes quando se comparam os dois grupos de pacientes. No segundo grupo, na dimensão de qualidade objetiva, a maior mudança é observada no item “lembra o nome do médico”, com 1,8, e a menor mudança é observada no item “as informações fornecidas pelo médico”, com 0,3. Na dimensão de qualidade subjetiva, a maior mudança está no item “rapidez em obter o que é necessário”, com 0,7, e a menor mudança está no item “capacidade da equipe de entender as necessidades”, com 0,4. *Conclusões:* As estratégias de otimização em aspectos técnicos, interação interpessoal e condições de atendimento na área de internação não relacionada à COVID-19 melhoraram o nível de satisfação dos pacientes atendidos no período do estudo.

Palavras-chave: satisfação do paciente, qualidade da assistência médica, hospitalização, psicometria, assistência médica, eficiência organizacional

Introducción

Existe un creciente interés por replantear paradigmas sobre la calidad de atención en salud, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS), los servicios de salud de calidad deben ser eficaces, estar centrados en la persona y seguros.^{1,2} El Dr. Donabedian, uno de los investigadores que más ha aportado en la seguridad y calidad de atención en salud en las últimas décadas, sugirió que la calidad de atención debe medirse teniendo en cuenta 3 aspectos en la atención; la estructura que hace referencia a la infraestructura y la instalación, el proceso que significa la forma como se brinda

la atención y el resultado que apunta al resultado final.^{3,4} De esto se entiende que la calidad se mide por factores diversos, entre ellos la satisfacción del paciente.⁵

La percepción de la satisfacción del paciente es un parámetro muy importante para medir la calidad de atención que permite mantener sus procesos apoyado en sus fortalezas y reconociendo sus debilidades para mejorar.⁶⁻⁹

Cuando un paciente desea restablecer su salud a través de la atención en un establecimiento sanitario, y más aún cuando esta no ha sido restablecida en consulta externa o en una evaluación por el área de emergencia y tenga que ser hospitalizado, genera mayores expectativas en cuanto a



su atención de salud, entonces resulta lógico suponer que la percepción de la satisfacción del paciente entrega un gran valor por sí misma, monitoriza y juzga la calidad del servicio.^{10,11} Además, un paciente satisfecho es más propenso a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas.^{4,12}

La medición de la satisfacción de un servicio de salud es un referente de las buenas prácticas en el ámbito médico.^{13,15} La satisfacción debe ser medida constantemente porque es cambiante según las expectativas y experiencias de los pacientes.¹⁶⁻¹⁸

El objetivo fue determinar la satisfacción del paciente hospitalizado en el área no COVID-19 del Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, mediante el indicador de satisfacción SERVQHOS.

Material y métodos

El presente estudio es longitudinal, descriptivo y analítico. La muestra está conformada por los pacientes de ambos sexos que fueron dados de alta del área no COVID-19 de hospitalización del Servicio de Medicina Interna. La primera parte se realizó durante los meses de diciembre de 2019 a abril de 2020. En esa oportunidad se efectuó una entrevista personal al paciente al momento del alta médica, explicando la importancia del estudio. Los pacientes que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado para luego contestar el instrumento del estudio que se les entregó y que al término de 10 minutos devolvieron la encuesta. La segunda parte se realizó en el periodo de octubre de 2022 a febrero de 2023; esta etapa se realizó a través de llamada telefónica a los pacientes que fueron dados de alta en un periodo de hasta 15 días posteriores al alta. Se les explicó la finalidad del estudio y a los pacientes que estaban de acuerdo se les envió el consentimiento informado por vía WhatsApp o email y, posteriormente, en una segunda llamada se llenó la encuesta. Los contactos telefónicos fueron obtenidos del sistema de las historias clínicas digitales del hospital.

Con las medidas de mejora consignadas en la tabla 1, implementadas por la gestión de servicio a partir del año 2021, los pacientes que ingresaron a las salas a hospitalizarse fueron diferenciados según la necesidad de complejidad de la enfermedad o la descompensación que sufren según la evolución de esta y de ser el caso una vez estabilizado retorna a su cama hasta su recuperación y alta médica.

Población de estudio

Representada por los pacientes del Servicio de Medicina del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna, atendidos entre los meses de diciembre del 2019 a abril del 2020 para el primer grupo de pacientes y entre octubre de 2022 a febrero del 2023 para el segundo grupo de pacientes, que cumplen con los criterios de inclusión.

Muestra y muestreo

Se trabajó con toda la población de los pacientes que fueron dados de alta del Servicio de Medicina entre los meses de diciembre del 2019 a abril del 2020 para el primer grupo de pacientes y entre octubre de 2022 a febrero del 2023 para el segundo grupo de pacientes; de esta forma la población estuvo conformada 343 dividido en 166 pacientes para el primer grupo de pacientes y 177 para el segundo grupo de pacientes. El tipo de muestreo fue no probabilístico de juicio por la comorbilidad o secuela poshospitalaria de los pacientes y que por lo tanto no pueden expresar o comprender el instrumento.

Criterios de inclusión

Pacientes con alta médica de hospitalización del Servicio de Medicina del Hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna, paciente hospitalizado con un periodo mínimo de hospitalización de 3 días, firma del consentimiento informado del paciente, mayor o igual a 18 años de edad y llenado correcto de la encuesta.

Recolección de datos

Se utilizó el instrumento SERVQHOS. A través de este instrumento se conoce el grado de satisfacción del paciente hospitalizado mediante la percepción de los aspectos de la calidad subjetiva y objetiva. El instrumento fue validado por Mira, Aranaz y col.¹⁹ El instrumento SERVQHOS fue desarrollado en España. A diferencia de otras escalas esta no fue adaptada de otros instrumentos para medir calidad y satisfacción, su concepción se ha basado en SERVQUAL.²⁰ El cuestionario SERVQHOS ha demostrado tener una alta consistencia interna, una buena capacidad predictiva y una buena estructura factorial; está conformado por 19 ítems agrupados en dos dimensiones: la dimensión de calidad objetiva y calidad subjetiva.¹⁹ Además, ha sido el instrumento más utilizado a nivel internacional en habla hispana para valorar satisfacción y calidad en salud.²¹

Análisis estadístico

La base primaria para recoger la información clínica se realizó en el programa Microsoft Excel, haciendo uso de tablas dinámicas para digitalización de las historias clínicas de los pacientes.

Posteriormente, los datos codificados y resultados de encuestas se trabajaron en el programa estadístico SPSS 15 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva, utilizando la diferencia de medias para verificar los cambios en la percepción de la calidad hospitalaria en ambos grupos de estudio. Para el caso de los datos clínicos sociodemográficos, se hallaron las frecuencias absolutas para las variables cuantitativas y variables categóricas. Finalmente, los resultados obtenidos se contrastaron con estudios de calidad afines, para poder evidenciar la influencia de las medidas de intervención en la mejora de la calidad hospitalaria.



Satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina de un hospital de Perú mediante el indicador SERVQHOS

Tabla 1

Medidas para optimizar la calidad hospitalaria del Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna 2021

Aspectos técnicos	Número	% Incremento
Incremento de personal médico	7	35 %
Incremento de personal de enfermería	10	38 %
Incremento de personal técnico de enfermería	10	40 %
Interacción interpersonal	Número	Acción
Informe médico al término del turno por vía telefónica	5 min por paciente	Implementado
Ratio médico / paciente	1/10	Se mantiene
Ratio enfermera / paciente	1/12	Aumentó
Guardia médica nocturna	12 Horas	Implementado
Condiciones de atención	Número	% Incremento
Ambiente de aislados	2 Camas	100 %
Ambiente de intermedios de medicina	6 Camas	100 %
Ambiente de hospitalización en Medicina Interna	8 Camas	22 %
Renovación del servicio de laboratorio por tercero	1	Renovación
Ampliación del servicio de resonancia magnética	1	Ampliación

Consideraciones éticas

Para el grupo de la primera parte del estudio se tuvo una entrevista presencial con los pacientes al momento del alta, exponiendo los objetivos del estudio y firmando el consentimiento para realizar la encuesta por el paciente. Para el grupo de la segunda parte del estudio por restricciones y medidas de bioseguridad, las entrevistas fueron por vía telefónica y el consentimiento se les envió por medio WhatsApp o email y el llenado de las encuestas se realizó en una llamada posterior por el equipo de investigadores. Para ambas etapas se mencionó la confidencialidad y el anonimato y el acceso a la data es solo para el equipo de investigadores del estudio y no será revelada. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Unanue con código: 057-CIEI-2021 con Resolución Gerencial Regional N.º 05-2020-66121GOB.REG.TACNA.

Resultados

En la tabla 2 se muestran las características clínicas sociodemográficas de los pacientes. El grupo etario de mayor frecuencia es del primer grupo que corresponde al rango de edad de "60 a 79" años con un 46,4%; del segundo grupo de pacientes, el más frecuente es el grupo de "15 a 59 años" con un 51,3%; el sexo femenino se presenta en mayor número en ambos grupos del estudio con 53% y 53,8%, respectivamente. En cuanto al lugar de procedencia el primer grupo de pacientes en su mayoría corresponden a la provincia de Tacna con 94,2% y, posteriormente, se mantiene la misma tendencia con 95,3%.

Tabla 2

Datos clínico-sociodemográficos de los pacientes del primer y segundo grupo. Área no COVID-19 de hospitalización

Edad (años)	Primer grupo	Segundo grupo
15 a 59	40,4%	51,3%
60 a 79	46,4%	44%
80 a más	13,2%	4,7%
Sexo	Primer grupo	Segundo grupo
Masculino	47%	46,2%
Femenino	53%	53,8%
Lugar de procedencia	Primer grupo	Segundo grupo
Tacna	94,2%	95,3%
Referencia de Moquegua/Ilo	5,8%	4,7%
Diagnósticos de egreso (CIE10)	Primer grupo	Segundo grupo
Enf. del aparato respiratorio	16,7%	15,3%
Enf. del aparato cardiocirculatorio	10,3%	9,6%
Enf. del sistema digestivo	11,8%	13%
Enf. del sistema genitourinario	16,5%	12,4%
Enf. del sistema nervioso central	7,9%	11,2%
Enf. infecciosas	8,6%	10,8%
Enf. endocrinas	13,4%	12,6%
Neoplasias	7%	8,9%
Enf. otros sistemas	7,8%	6,2%



Sobre el análisis de cruce de variables sexo-nivel de satisfacción global, señalados en la tabla 3 se observa que el segundo grupo de pacientes de sexo masculino alcanzaron el nivel de satisfacción global de “satisfecho” de 53,3%; de igual manera, para el sexo femenino, el nivel de satisfacción que se presenta en su mayoría es “satisfecho” con 47,4% y se observa un incremento de nivel de satisfacción global en ambos sexos los grupos de “muy satisfecho”, para los pacientes de sexo masculino con 30,9% y las pacientes de sexo femenino con 31,3%.

Tabla 3

Cruce de variables sexo-nivel de satisfacción global, primer y segundo grupo de los pacientes de hospitalización del área no COVID-19

		Primer grupo		
Nivel de satisfacción		Masculino	Femenino	Total
Satisfacción global	Muy satisfecho	7,7%	4,5%	6%
	Satisfecho	71,8%	75%	73,5%
	Poco satisfecho	16,7%	20,5%	18,7%
	Nada satisfecho	3,8%	0%	1,8%
Total		100%	100%	100%
		Segundo grupo		
Nivel de satisfacción		Masculino	Femenino	Total
Satisfacción global	Muy satisfecho	30,9%	31,3%	31,1%
	Satisfecho	53,3%	47,4%	50,1%
	Poco satisfecho	14,5%	19,8%	17,4%
	Nada satisfecho	1,2%	1,6%	1,4%
Total		100%	100%	100%

En la tabla 4 se presenta el análisis de cruce de variables edad-nivel de satisfacción global. Los hallazgos del estudio muestran que en el segundo grupo de pacientes el nivel más alto de satisfacción fueron el grupo de pacientes denominados “satisfecho” con 50%, el grupo etario más representativo fue de 80 años a más con 58,8% y con un incremento de “muy satisfecho” de 6% a 31,1%.

Tabla 4

Cruce de variables edad en años-nivel de satisfacción global de los pacientes hospitalizados en ambos grupos

		Primer grupo			
Nivel de satisfacción		18 a 59 años	60 a 79 años	80 a más años	Total
Satisfacción global	Muy satisfecho	6,5%	5,2%	4,5%	6%
	Satisfecho	74,6%	75,3%	63,6%	73,5%
	Poco satisfecho	14,9%	18,2%	31,8%	18,7%
	Nada satisfecho	3%	1,3%	0%	1,8%
Total		100%	100%	100%	100%
		Segundo grupo			
Nivel de satisfacción		18 a 59 años	60 a 79 años	80 a más años	Total
Satisfacción global	Muy satisfecho	31,1%	31,8%	23,5%	31,1%
	Satisfecho	50,3%	49%	58,8%	50,1%
	Poco satisfecho	17,5%	17,2%	17,6%	17,4%
	Nada satisfecho	1,1%	1,9%	0%	1,4%
Total		100%	100%	100%	100%

Según la tabla 5, respecto a la calidad hospitalaria mediante un análisis de diferencia de medias para evidenciar los cambios el segundo grupo de pacientes, se observa que en la dimensión calidad objetiva, el mayor cambio se presenta en el ítem “recuerda el nombre del médico” con una media de 1,8; respecto a la dimensión de calidad subjetiva, el mayor cambio se presenta en el ítem “rapidez para conseguir lo que se necesita” con una media de 0,7.



Satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina de un hospital de Perú mediante el indicador SERVQHOS

Tabla 5

Percepción de la calidad hospitalaria en el primer y segundo grupo de pacientes del área no COVID-19

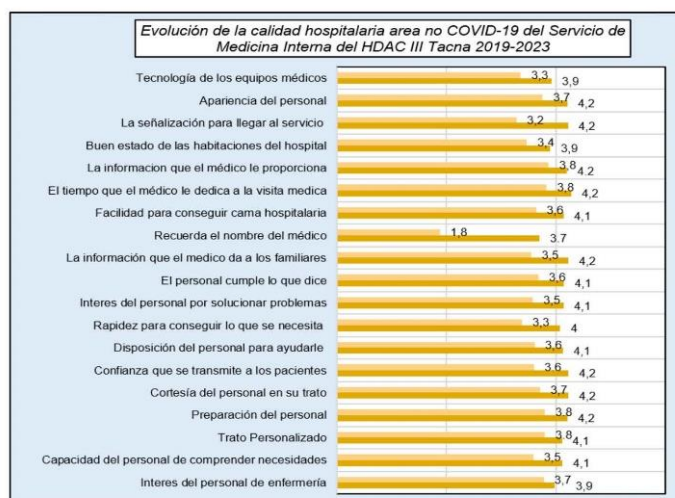
Dimensión - calidad objetiva	Primer grupo	Segundo grupo	Dif
Tecnología de los equipos médicos	3,3	3,9	0,5
Apariencia del personal	3,7	4,2	0,4
La señalización para llegar al servicio	3,2	4,2	0,9
Buen estado de las habitaciones del hospital	3,4	3,9	0,4
La información que el médico le proporciona	3,8	4,2	0,3
El tiempo que el médico le dedica a la visita médica	3,8	4,2	0,4
Facilidad para conseguir cama hospitalaria	3,6	4,1	0,5
Recuerda el nombre del médico	1,8	3,7	1,8
La información que el médico da a los familiares	3,5	4,2	0,3
Dimensión - calidad subjetiva	Primer grupo	Segundo grupo	Dif
El personal cumple lo que dice va a hacer	3,6	4,1	0,4
Interés del personal por solucionar problemas	3,8	4,1	0,5
Rapidez para conseguir lo que se necesita	3,8	4	0,7
Disposición del personal para ayudarle	3,6	4,1	0,5
Confianza que se trasmite a los pacientes	3,6	4,2	0,6
Amabilidad (cortesía) del personal en su trato	3,7	4,2	0,5
Preparación del personal	3,8	4,2	0,6
Trato personalizado	3,8	4,1	0,5
Capacidad del personal para comprender necesidades	3,5	4,1	0,4
Interés del personal de enfermería	3,7	3,9	0,5
Calidad global	Primer grupo	Segundo grupo	Dif
Nada satisfecho	1,8%	1,4%	-0,4
Poco satisfecho	18,6%	17,3%	-1,3
Satisfecho	73,4%	50,1%	-23,3
Muy satisfecho	6%	31%	25

Sobre la evolución de la satisfacción de los pacientes hospitalizados presentados en la figura 1 se observa una mejora en todos los ítems de la dimensión de calidad subjetiva y objetiva de los pacientes del segundo grupo. De todos los ítems de la dimensión calidad objetiva el que mejor ha evolucionado es “la señalización para llegar al servicio”, partiendo de una

media de 3,2 en el primer grupo a 4,2 en el segundo grupo, estableciéndose un incremento de 0,9. En la dimensión calidad subjetiva el ítem que tuvo una mejor evolución fue “amabilidad (confianza) que transmite a los pacientes”; en el primer grupo de pacientes tenía una media de 3,6 y evoluciona a 4,2 con una diferencia positiva de 0,6 en el segundo grupo de pacientes.

Figura 1

Evolución de la calidad hospitalaria en el primer y segundo grupo de pacientes hospitalizados en el área no COVID-19



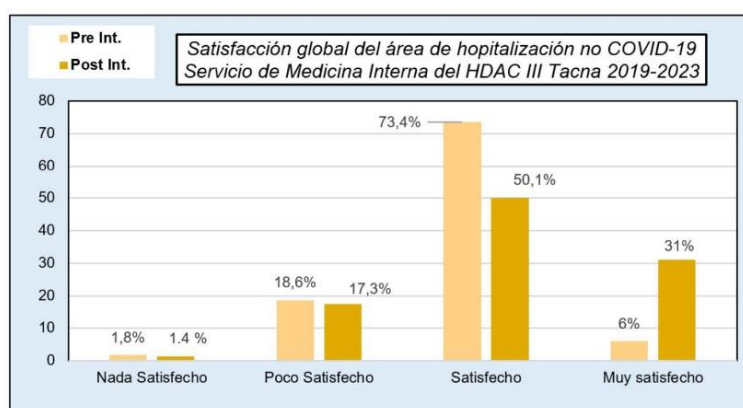


En la figura 2, se observa que la satisfacción global de los cuidados otorgados a los pacientes fue percibida por el primer grupo de pacientes como "satisfecho" y "muy satisfecho"

con 73,4% y 6,03%, respectivamente. En el segundo grupo la percepción fue "satisfecho" con 50,1% y "muy satisfecho" con 31%.

Figura 2

Percepción de los pacientes sobre el nivel de satisfacción global de los cuidados sanitarios en ambos grupos de pacientes durante su estancia en el área de hospitalización no COVID-19



Discusión

En la tabla 3 se observa que, en el segundo grupo de pacientes, de acuerdo al sexo, en el nivel de satisfacción global más alto denominado como "satisfecho", el sexo masculino alcanzó un 53,3% en comparación de las pacientes de sexo femenino con 47,4%. Según Hu *et al.*²², en su estudio realizado en China sobre 20300 encuestados, las pacientes de sexo femenino son las más satisfechas con la atención recibida; así también, Nguyen *et al.*²³ sobre una base de 10 143 participantes de 69 hospitales de Vietnam encontró que la mayor satisfacción estaba relacionada a las pacientes de sexo femenino. En el presente estudio los varones son el grupo que percibe una mayor satisfacción; este hallazgo puede estar relacionado con los datos aportados por Linzer *et al.*²⁴ que menciona que las mujeres son menos propensas a expresar un alto grado de confianza. Al margen de pensar qué grupo de pacientes de un sexo u otro son los más satisfechos con la atención, el hallazgo más resaltante es que las medidas de optimización establecidas por el Servicio de Medicina han logrado mejorar la percepción global en ambos sexos de forma ostensible, incrementando los grupos de "muy satisfecho" con valores mayores al 30% cada uno.

En cuanto a la influencia de la edad sobre la satisfacción global según lo señala la tabla 4, lo más resaltante de nuestro estudio es que las medidas implementadas han mejorado la condición a "muy satisfecho" en todos los grupos etarios en más de un 20% con relación a los valores del primer grupo. La literatura señala que los pacientes de mayor edad son los relacionados a expresar una mayor satisfacción, por ser pacientes crónicos

con comorbilidad y por el uso frecuente de los servicios hospitalarios.²⁵ Así también, los hallazgos de Kayserili²⁶ señalan que el nivel de satisfacción de los pacientes mayores estuvo en el nivel de muy satisfecho y completamente satisfecho, es decir, el nivel de satisfacción del paciente aumentaba con la edad. La mejora de la percepción de "muy satisfecho" en todos los grupos etarios reflejados en el segundo grupo de nuestro estudio obedece a la implementación en los aspectos técnicos, la mejora de la interacción interpersonal y las condiciones de la atención, pues hay mayores posibilidades de conseguir una cama e incrementó el personal para la atención de pacientes con mayor grado de dependencia.

Sobre la dimensión de la calidad objetiva, los ítems que han evolucionado de la mejor manera son la "confianza que se trasmite a los pacientes" y "recuerda el nombre del médico"; de acuerdo con los valores encontrados, se puede señalar que ambos están relacionados con los mayores determinantes asociados con la satisfacción como es el personal médico en el servicio.²⁷ Además, según Talmac y Soysal²⁸ señalan que los factores que afectan la satisfacción del paciente se dividen en factores relacionados con el usuario y factores relacionados con el servicio; de estos últimos, los más importantes son las actitudes y los comportamientos del personal sanitario. Por otro lado, se menciona que los médicos que tratan a sus pacientes con respeto, toman el tiempo para conocerlos y que escuchan sus necesidades puede resultar en una mayor satisfacción.^{29,30} Si los pacientes están satisfechos con el médico, es probable que cumplan mejor su tratamiento, comprendan su papel en el proceso de recuperación y sigan las recomendaciones.²⁶ Una herramienta que cobra mayor interés en los valores



encontrados en nuestro estudio es la importancia que se ha dado a la relación médico-paciente; el tiempo destinado a la visita médica de 30 minutos por paciente, además lograr la permanencia del profesional médico por sector; se consideran que estas medidas se reflejan como positivas, logrando una mayor percepción de la satisfacción de nuestros pacientes asegurados.

Sobre el ítem “rapidez para conseguir lo que se necesita”, expuesto en la figura 1, se entiende que esta mejora es resultado de las medidas implementadas en el proceso de atención como generar una sala de intermedios de medicina, que es una sala diferenciada con equipamiento y personal donde es transferido el paciente cuando por motivo del proceso de enfermedad hay agravamiento o cuando el Servicio de UCI/UCIN no dispone de camas hospitalarias. Una vez estabilizado el paciente retorna a su cama del Servicio de Medicina; también se debe considerar la implementación de la guardia médica nocturna en piso de Medicina que permite evaluar los pacientes que lo requieren y realizan los ingresos según horarios establecidos. Además, el incremento del personal de enfermería y técnico de medicina de ratio enfermera / paciente que era de 1/18 pacientes pasó a 1/12-13, así como el incremento del personal técnico en esta proporción que permite el trámite de las órdenes de procedimientos y estudios en forma oportuna en el turno hasta 12 horas.

En la tabla 5 sobre el ítem “interés del personal de enfermería” se observa que es un ítem que ha experimentado una diferencia positiva pero escasa, como medida de mejora se optó por incrementar el número de personal de enfermería de ratio enfermera / paciente, de 1/18 a 1/12. Esta medida obedeció a los hallazgos de estudio previo donde se observó que la menor satisfacción recae en el grupo profesional de enfermería donde el 4,8% y el 4,2% de los pacientes entrevistados señalaron que el interés por el personal de enfermería fue “peor” y “mucho peor” de lo que esperaban.¹⁶ En la literatura se menciona que la participación del personal de enfermería es importante para lograr una mejor satisfacción y esta recae en la relación enfermera-paciente, en la empatía con el personal de enfermería, así como en la comunicación terapéutica eficaz que se enfoca en promover el bienestar físico y emocional del paciente.^{25,31,32}

El ítem “la información que da el médico a los familiares” ha experimentado solo una diferencia positiva discreta. Este ítem está asociado a la comunicación que se establece con el familiar. En el primer grupo la información que se entregaba a los familiares era presencial al final del turno de hospitalización, pero no todos los familiares acudían. En el segundo grupo se estableció que se realice a todos los familiares por vía telefónica otorgando el informe médico por un tiempo de 5 min en el turno de mañana, según lo señalado en la tabla 5 esta medida es insuficiente para mejorar la percepción.

Según la figura 2, la percepción de la satisfacción global de los pacientes del primer grupo de pacientes considerados como “muy satisfecho” ha mejorado ostensiblemente con relación al segundo grupo en un 30%. Este hallazgo nos orienta a

pensar que la satisfacción es una condición multidimensional y cambiante y que no hay una sola medida para mejorar, sino se requieren múltiples intervenciones en el proceso de atención.^{33,34,35}

Conclusiones

Las estrategias de optimización en los aspectos técnicos, interacción interpersonal y condiciones de atención en el área no COVID-19 de hospitalización han permitido mejorar el nivel muy satisfecho de 6,03 % en el primer grupo a 31 % en el segundo grupo; con mayor calidad de atención en la dimensión calidad objetiva en los ítems “señalización para llegar al servicio”, “tecnología en los equipos médicos” y “recuerda el nombre del médico que lo atendió durante su hospitalización” y en la dimensión calidad subjetiva los ítems; “rapidez para conseguir lo que necesita”, “confianza que transmite a los pacientes” y “preparación del personal para la atención”.

La percepción de la satisfacción del paciente hospitalizado es una medida que permite mejorar la calidad del servicio que se oferta y que debe ser medida con frecuencia porque cambia según las expectativas y experiencias que el paciente adquiere.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

La Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann con Resolución Rectoral N.º 10570 2022-UNJBG, financia el presente estudio como ganador de concurso de subvención económica.

Agradecimiento

A la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann por el financiamiento del presente artículo de investigación.

Contribución de los autores

NFV: Concepción y diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, aprobación final de la versión a publicar.

JLC: Redacción del protocolo, revisión y aprobación final de la versión a publicar.

CHHG: Búsqueda bibliográfica, manejo estadístico de los datos, edición y revisión crítica del contenido intelectual.



RH: Búsqueda bibliográfica, redacción del protocolo, edición y revisión crítica del contenido intelectual, aprobación final de la versión a publicar.

AMT: Búsqueda bibliográfica, redacción del protocolo, revisión crítica del contenido intelectual, recolección de los datos.

NL: Manejo estadístico de los datos, redacción del protocolo, recolección de los datos, revisión crítica.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona A69/39 15 de abril de 2016.
- Fernández SB. La atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud Boletín CONAMED. 2019; 4(23).
- Donabedian A. Garantía de la Calidad ¿Quién es el responsable? Calidad de la Atención en salud 1996; 3 números 1 y 2
- Measuring patients satisfaction: a cross sectional study to improve quality of care at a tertiary care hospital. East Afr J Public Health. 2012 Mar; 9(1):26-8.
- Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías HSI, et al. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013; 25(1):26-33.
- Gavurova B, Dvorsky J, Popesko B. Patient Satisfaction Determinants of Inpatient Healthcare. Int J Environ Res Public Health. 2021 Oct 28; 18(21):11337. doi: 10.3390/ijerph182111337.
- Suhail P, Srinivasulu Y. Perception of service quality, satisfaction, and behavioral intentions in Ayurveda healthcare. J Ayurveda Integr Med. 2021 Jan-Mar; 12(1):93-101. doi: 10.1016/j.jaim.2020.10.011
- Lim J, Lim K, Heinrichs J, Al-Aali K, Aamir A, Qureshi M. El papel de la calidad del servicio hospitalario en el desarrollo de la satisfacción de los pacientes y el desempeño hospitalario. Management Science Letters. 2018; 8(12):1353-1362.
- Evren AT, Ozturk L. Effect of Employee Participation and Patient Focus Approaches in the Scope of TQM on Hospital Performance. Revista de Cercetare si Interventie Sociala. 2020; 70:228-249. DOI: 10.33788/rcis.70.14
- Liu S, Li G, Liu N, Hongwei W. The Impact of Patient Satisfaction on Patient Loyalty with the Mediating SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. rev.fac.med. [Internet]. 2016 Dec [cited 2022 Oct 07]; 64(4):715-720. doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839.
- Hu L, Ding H, Liu S, Wang Z, Hu G, Liu Y. Influence of patient and hospital characteristics on inpatient satisfaction in China's tertiary hospitals: A cross-sectional study. Health Expect. 2020 Feb; 23(1):115-124. doi: 10.1111/hex.12974.
- Nguyen T, Nguyen H, Dang A. Determinants of patient satisfaction: Lessons from large-scale inpatient interviews in Vietnam. PLoS One. 2020 Sep 18; 15(9):e0239306. doi: 10.1371/journal.pone.0239306.
- Linzer M, Poplauer S, Prasad K, et al. Characteristics of Health Care Organizations Associated with Clinician Trust: Results from the Healthy Work Place Study. JAMA Netw Open. 2019; 2(6):e196201. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.6201
- Schoenfelder T, Klewer J, Kugler J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. International Journal for Quality in Health Care, Volume 23, Issue 5, October 2011, Pages 503-509, https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr038
- Kayserili A. Evaluation of satisfaction level of hospitalized patients at the city training and research hospital located in the south of Turkey during Covid-19 pandemic. International Journal of Health Management and Tourism. 2022; 7(1):23-46
- Gopichandran V, Wouters E, Chetlapalli SK. Development and validation of a socioculturally competent trust in physician scale for a developing country setting BMJ Open 2015; 5:e007305. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007305
- Talmac N, Soysal A, Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti: Bazı Demografik Değişkenlere Göre Adana İli Örneği. Journal of Aksaray University Faculty of Economics and Administrative Sciences 2021 Vol. 13:29-42.
- Masudur Rahman, Valliappan Raju. Determinants of Patient Satisfaction That Impact Hospital Quality Improvement: Evidence from a Systematic Literature Review. Annals of the Romanian Society for Cell Biology. 2021, pp. 13265-82, https://www.annalsofscb.ro/index.php/journal/article/view/4341.
- Moore SD, Wright KB, Bernard DR. Influences on health delivery system satisfaction: a partial test of the ecological model. Health Commun. 2009 Jun; 24(4):285-94. doi: 10.1080/10410230902889225.
- Norouzinia R, Aghabarari M, Shiri M, Karimi M, Samami E. Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. Glob J Health Sci. 2015 Sep 28; 8(6):65-74. doi:



- 10.5539/gjhs.v8n6p65.
32. Maame Kisiwaa Amoah V, Anokye R, Serwaa Boakye D, Gyamfi N. Perceived barriers to effective therapeutic communication among nurses and patients at Kumasi South Hospital, Cogent Medicine. 2018; 5:1,1459341, DOI: 10.1080/2331205X.2018.145934
 33. Picón MG. La Calidad de la atención al cliente y la satisfacción del Hospital de Especialidades Luis Vernaza, de la zona 8 de la ciudad de Guayaquil. Aplicando la escala de medición de SERVQHOS. Tesis de magister. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2019
 34. Ferreira DC, Vieira I, Pedro MI, Caldas P, Varela M. Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. Healthcare 2023; 11,639. <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>
 35. Darzi MA, Islam SB, Khursheed SO, Bhat SA. Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis, LBS Journal of Management & Research. 2023; 21(1):13-29. <https://doi.org/10.1108/LBSJMR-06-2022-0025>

Correspondencia:

neilfloresv@gmail.com

Fecha de recepción: 6/11/2024

Fecha de aceptación: 28/11/24