

Participación social en la calidad del servicio en salud en la región Huancavelica-Perú

Social participation in the quality of health services in the Huancavelica region-Peru.

Lorena Quispe Huamán¹
Máximo Alfonso Tunque Lizana²
Ruth Melania Ccanto-Curo³
Milko Raul Rivera Campano⁴

RESUMEN

La calidad del servicio en salud es un desafío para todo sistema de salud. Objetivo explicar cómo influye la participación social

¹ Licenciada en Enfermería, Licenciada en Administración de Empresas, Maestro en Ciencias de Salud mención Salud Pública, Doctora en Administración, egresada Doctorado en Salud, docente invitada Universidad Nacional de Huancavelica, Dirección Regional de Salud Huancavelica, Coordinadora Regional en Salud, correo electrónico institucional: 2018904008@unh.edu.pe, lorena.quispe@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1618-8514>, Google Académico https://scholar.google.es/citations?user=kp_JfdIAAAAJ&hl=es

² Licenciado en Administración de Empresas, Contador Público, Master en Gobierno y Gerencia en Salud, Maestro en Ciencias Empresariales, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Administración, egresado Doctorado en Educación, docente invitado, correo electrónico institucional: maximo.tunque@unh.edu.pe, maxtunque@gmail.com, Universidad Nacional de Huancavelica, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3343-1715>, Google académico <https://scholar.google.es/citations?user=w4TPziMAAAAJ&hl=es>

³ Licenciada en educación en la especialidad de Matemática e informática, Magíster en Educación, docente de Matemática en la Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, doctorando en Educación en la Universidad César Vallejo, correo institucional: rccanto@ucvvirtual.edu.pe, correo electrónico personal: mily.ruth7@gmail.com, ORCID N^o [0000-0003-3012-6918](https://orcid.org/0000-0003-3012-6918), Google Académico: <https://scholar.google.es/citations?user=PFayBUAAAJ&hl=es>

⁴ Economista, Licenciado en Educación, Magister en Ciencias de la Educación, Doctor en Gestión en Ciencias de la Educación, segunda especialidad en Contaminación y Gestión Ambiental, Director de la Escuela Profesional de Ingeniería Ambiental, Universidad Nacional de Moquegua, correo institucional mriverac@unam.edu.pe, ORCID ID: 000-0002-4313-037X, Google Académico http://scholar.google.es/citations?user=vK_Vm4AAAAAJ&hl=es

JOURNAL OF BUSINESS
and entrepreneurial
studies

ISSN: 2576-0971



<https://doi.org/10.37956/jbes.v4i2.84>

Atribución/Reconocimiento-NoComercial- CompartirIgual 4.0 Licencia Pública Internacional — CC

BY-NC-SA 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode.es>

Journal of Business and entrepreneurial
EI

<http://journalbusinesses.com/index.php/revista>
eISSN: 2576-0971

journalbusinessentrepreneurial@gmail.com

de los actores en la calidad del servicio en salud en el primer nivel de atención en la región Huancavelica-Perú 2018. Materiales y métodos se utilizó un diseño de tipo no experimental transversal causal, se consideró dos muestras: 112 trabajadores de 56 centros de salud y 384 usuarios externos. Se formuló dos cuestionarios con un total de 64 ítems, se utilizó la regresión lineal, el coeficiente de Pearson y coeficiente de determinación. Resultados el 57% manifestó que hubo participación social a favor de la calidad del servicio en salud y el 61% consideró que la calidad del servicio fue regular, el coeficiente de correlación de Pearson fue 0.83, indicando una correlación positiva fuerte, el valor-p (sig) fue 0.000 inferior al nivel de significancia 0.05. Conclusión quedó demostrada que la participación social de los actores influye favorablemente en la mejora de la calidad del servicio en salud en el primer nivel de atención a nivel de la región Huancavelica; así mismo, se evidenció que cuanto mayor es la participación social de los actores, se obtiene mejores resultados.

Palabras clave: participación social, calidad, salud.

ABSTRACT

The quality of health services is a challenge for any health system. Objective to explain how the social participation of stakeholders influences the quality of health services at the first level of care in the Huancavelica region 2018.. Materials and methods: A non-experimental causal cross-sectional design was used and two samples were considered: 112 workers from 56 health centers and 384 external users. Two questionnaires were formulated with a total of 64 items; linear regression, Pearson's coefficient and coefficient of determination were used. Results 57% stated that there was social participation in favor of the quality of the health service and 61% considered that the quality of the service was regular, the Pearson correlation coefficient was 0.83, indicating a strong positive correlation, the p-value (sig) was 0.000 below the 0.05 significance level. Conclusion It was demonstrated that the social participation of the actors has a favorable influence on the improvement of the quality of health services at the first level of care in the Huancavelica region; likewise, it was shown that the greater the social participation of the actors, the better the results obtained.

Key words: social participation, quality, health.

INTRODUCCIÓN

Según la (Organización Panamericana de la Salud, 2017) considera que la salud de las personas no solo es un derecho fundamental, sino es una condición que permite el goce pleno de otros derechos. (Naciones Unidas, 2015) menciona que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible formula una visión universal, integrada e indivisible entre la salud y el bienestar y su impacto en el crecimiento económico; por lo tanto, de acuerdo a lo vertido la calidad del servicio en salud se convierte en un desafío que deben de enfrentar los diferentes sistemas de salud a nivel mundial, internacional y nacional.

Es así que la (Organización Panamericana de la Salud, 2010) sostiene que los sistemas de salud de las Américas, se caracterizan por altos niveles de fragmentación de los servicios de salud, como consecuencia dificultan el acceso a los servicios de salud de parte de los ciudadanos, dicha fragmentación ocasiona que no se cuente con un sistema de salud unificado; donde los ciudadanos de acuerdo a su posición económica deciden donde atenderse y los ciudadanos

pobres y extremo pobres tienen más desventajas de no poder tener acceso a un servicio de salud, en consecuencia acuden tardíamente a un servicio de salud, generando complicaciones al estado de salud, llegando muchas veces a morir; entonces nos preguntamos ¿Dónde está la calidad del servicio en salud?, en la que todas y todos los ciudadanos tengan acceso equitativo a un servicio de salud y que este sea de calidad.

En la investigación desarrollada se planteó el problema ¿Cómo influye la participación social de los actores en la calidad del servicio en salud en el primer nivel de atención en la región Huancavelica?, teniendo en consideración que la calidad es una condición esencial de la salud universal, la (Organización Mundial de la Salud, 2019) señala que los problemas en la calidad de la atención en salud afecta a las personas, familias y comunidades, se traducen en barreras de acceso a los servicios de salud, afectando sobre todo a las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Es así que se debe tener en consideración nuevas formas para mejorar la salud, por ende la calidad.

También la (Organización Mundial de la Salud, 2019) manifiesta que los expertos en temas de calidad identificaron varios problemas: El predominio de programas verticales sin un abordaje integral y sistémico, acceso y cobertura de los servicios de salud sin énfasis en la calidad, baja capacidad resolutoria de los servicios de salud sobre todo en el primer nivel de atención, limitado acceso a los medicamentos, déficit en la disponibilidad, capacidades y educación continua de los recursos humanos en salud, insuficiente financiamiento, débil participación ciudadana, débil articulación con el resto de niveles de gobierno y limitaciones en la articulación gubernamental e intergubernamental. Estos problemas ya identificados requieren ser tomados en cuenta, como política de gobierno.

La importancia de la investigación se basó en la generación de evidencias, considerando que el trabajo articulado interinstitucional e intersectorial mejora la calidad de las prestaciones en salud, generando finalmente valor público al usuario que acude a los establecimientos de salud. El objetivo de la investigación desarrollada fue explicar cómo influye la participación social de los actores en la calidad del servicio en salud en el primer nivel de atención a nivel de la región Huancavelica-Perú 2018.

Según (Valenzuela-Oré et al., 2018) las desigualdades en el acceso y la calidad de atención en salud aún persiste en los residentes de los centros poblados andinos rurales de Huancavelica, ya que algunas prácticas culturales perduran, especialmente el uso de plantas medicinales y el idioma quechua y encuentran un punto de quiebre cuando acceden a los servicios de salud, no se sienten satisfechos con la atención recibida, así mismo (Carlisle et al., 2021) sostiene que la respuesta a la mejora de la calidad, se logra cuando algunos servicios constantemente tienen un rendimiento relativamente alto, debido a la interacción entre organizaciones, una buena gobernanza y un liderazgo clínico, junto con los mecanismos que facilitan la participación de la comunidad. Entonces es necesario realizar un análisis exhaustivo desde la demanda, para conocer lo que piensan, sienten y cómo les gustaría ser atendidos.

Tal como se ha visto (Arsenault et al., 2021) comenta que la mejora de los servicios de atención primaria es crucial para alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud. Es importante conocer los factores del sistema sanitario y las diferentes características de los

establecimientos para brindar una atención; entonces para mejorar la utilización y la calidad de la atención sanitaria, es necesario comprender los vínculos entre el volumen de pacientes y la calidad de la atención, ya que puede aportar innovadoras estrategias para organizar las prestaciones de los servicios de salud. Como se conoce la atención primaria en salud es la puerta de entrada de los usuarios hacia los servicios de salud, en la que se identifican oportunamente riesgos y daños a la salud y es imprescindible su adecuada implementación.

En referencia a lo anterior (Jose Carlos Del Carmen Sara, 2019) acota que es importante considerar las dimensiones éticas de los cuidados de alta calidad en entornos con recursos limitados, un sistema de salud de alta calidad puede salvar muchas vidas, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos; en el Perú son desafíos que se traducen en revertir las graves inequidades en acceso y resultados de salud que afecta sobre todo a la población de menores recursos, generando nuevas estrategias que permitan proponer la ruta de acceso hacia una atención integral y continua, que implementen mecanismos y arreglos institucionales que lo hagan posible y un aspecto importante a tener en cuenta el involucramiento de la sociedad civil, las entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Por lo que resulta oportuno considerar a (dos Santos et al., 2018) donde sostiene que una atención de alta calidad, se refleja en la disminución de la mortalidad infantil, según (Vieira-Meyer et al., 2020) desde hace muchos años atrás la atención primaria en salud ha tenido problemas de acceso, calidad y coordinación de los servicios. Los países y los organismos internacionales reconocen que la atención sanitaria de alta calidad es la piedra angular del progreso socioeconómico, por tal razón se vienen desarrollando cada vez más herramientas para medir el impacto y la eficacia de la calidad de la prestación de los servicios de salud, sobre todo en el primer nivel de atención. Estas herramientas son imprescindibles para ir midiendo continuamente la calidad del servicio y permita a los decisores tomar medidas y estrategias colegiadas de acuerdo a su realidad.

La participación social según (Sepúlveda-Loyola et al., 2020) es considerada como uno de los factores protectores para la salud, donde hay integración de organizaciones de la sociedad civil, entidades gubernamentales y no gubernamentales, donde (Sanine et al., 2021) complementa que la calidad organizativa no depende sólo de las prácticas ejercidas por los profesionales sanitarios, sino también de las decisiones de los gestores, aspectos importantes a tener en cuenta. En consecuencia la participación social se convierte en un aspecto primordial para mejorar la calidad del servicio en salud, bajo el liderazgo del sector salud.

Según (Choque Larrauri, 2011) existen dos tipos de articulación: Articulación vertical, considera como la integración de políticas macro y micro, partiendo de políticas nacionales deben implementarse a nivel nacional, regional y local, estas políticas son transversales en los diferentes niveles de gobierno, implementándose acciones conjuntas entre dependencias del sector público, para lograr resultados comunes. En la articulación horizontal la integración de políticas, es a nivel de las diferentes dependencias, sin tener en cuenta el orden jerárquico en territorios geográficos a nivel regional, provincial, distrital y comunal, en la que se desarrollan acciones conjuntas, con la intervención de organizaciones privadas, en este caso organizaciones no gubernamentales. Estos dos tipos de articulación van de la mano, es decir se complementan para lograr los resultados deseados.

Por su parte (Ii & Iii, 2013) sostiene que las experiencias de participación social han sido variadas en América Latina. En Colombia, el sistema de salud relaciona la participación social con la calidad de los servicios de salud. En Brasil, el tipo de participación es un modelo de negociación, con la creación del sistema único de salud. En Chile se creó la “Red de participación social del sector salud” y en México la creación del aval ciudadano, institucionalizando la participación social en salud. En el Perú según (Gil-Quevedo et al., 2017) la implementación del aseguramiento universal en salud y para superar las brechas de atención en salud, se debe de fortalecer el involucramiento de los ciudadanos en los procesos de vigilancia de los servicios de salud y la participación activa de gobiernos regionales, locales y SUSALUD.

De acuerdo a (Parasurman et al., 1985) la calidad del servicio en salud puede evaluarse mediante una herramienta de medición conocida como SERVQUAL, que considera 5 dimensiones a) tangibles; se considera la instalación física, condiciones del entorno, equipamiento, el personal y la limpieza, b) Fiabilidad; capacidad de prestar los servicios de forma fiable y precisa (diagnóstico de enfermedad), c) Capacidad de respuesta; es la predisposición del personal a ayudar a los pacientes de forma agradable y prestar un servicio rápido, d) Garantía: Es brindar confianza y seguridad mediante un comportamiento cortés y bien informado, que incluye respeto, comunicación, competencia y buenas relaciones interpersonales. e) Empatía; es prestar cuidados y capacidad de mostrar compasión, el cual se viene utilizando a nivel mundial, para evaluar la calidad de los servicios de salud.

(Khairullah et al., 2021) manifiesta que la calidad de los servicios suministra una ventaja competitiva sostenible, porque es un factor crítico para la satisfacción de los usuarios y es uno de los aspectos más importantes para la mejora de la calidad en salud. Está demostrado que la satisfacción está relacionada con la duración de la atención, comunicación, empatía y eficiencia; un paciente satisfecho percibe una alta calidad ya que cumple con sus necesidades y expectativas, en este mismo sentido (Adepoju et al., 2018) considera que la prestación de servicios sanitarios de calidad es para mantener a la población sana en todas las sociedades; por lo tanto, para evaluar la calidad de la prestación sanitaria, es importante la percepción de los usuarios sobre el rendimiento del personal de salud. En esta ruta es necesario mejorar continuamente las competencias de los trabajadores de la salud que están en contacto permanente con los usuarios, para ayudar a resolver sus problemas de salud.

Por su parte (M. A. Costa et al., 2020) señala que la evaluación de los atributos de la atención primaria es fundamental para medir los resultados y la calidad de la atención, ya que proporciona parámetros a los gestores y profesionales de la salud para reorientar las políticas en salud, nuevas formas de organización, reorientar la práctica profesional y fundamentar la toma de decisiones adaptadas a las características locales, significa entonces (Khetrapal Singh & Travis, 2019) evaluar nuevas formas de mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de entrada y de derivación por parte del personal de salud del primer nivel de atención, así como las formas en que los hospitales pueden apoyar mejor el papel cambiante de los centros y el personal de primera línea. Otro aspecto a tener en cuenta es fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para cumplir con las expectativas de los usuarios.

Es evidente entonces (Blozik et al., 2018) que hay un amplio abanico de iniciativas para mejorar la calidad de atención primaria, pero falta su implementación en el campo de acción. La mayoría de los errores en la atención sanitaria se deben a procesos ineficaces y variables, a las divergencias en la formación y la experiencia de los proveedores, a las discrepancias en los sistemas de reembolso de los servicios sanitarios, a la débil organización de los servicios de salud, entre otros. Sin embargo, la mejora de la calidad no es posible, sin la medición de la misma, acota (Pandhi et al., 2018) que para mejorar la calidad del servicio, es un reto construir relaciones de equipo y habilidades de mejora de la calidad, así como transformar la atención primaria requerirá de cambios a nivel micro y macro.

Significa entonces (Ball et al., 2018) que las relaciones de alta calidad dan lugar a experiencias positivas de los pacientes que acuden a un establecimiento de salud, a una mayor satisfacción de los mismos, a una mejor adherencia al tratamiento, consecuentemente a una mejora de del estado de salud del paciente, como reafirma (Jimoh et al., 2019) la calidad de la atención sanitaria involucra ofrecer una atención técnica competente, eficaz y segura que favorezca el bienestar del usuario, para satisfacer las expectativas del cliente. Se asegura que los usuarios sean clientes fieles del servicio ya que se garantiza una adecuada atención en salud, donde se siente satisfechos; por lo tanto continuamente deben ir implementándose acciones de mejora de la calidad en salud. En consecuencia (Francés-García & La Parra-Casado, 2021) considera que las estrategias, los programas y las acciones en salud han sido históricamente el resultado de prácticas institucionales con un componente participativo limitado, es necesario generar nuevas formas de gobernanza para la equidad en salud, con la participación de la comunidad en dicho diseño, por ello una preocupación creciente en el campo de la participación social es la medición de la calidad participativa de los nuevos diseños de prácticas institucionales, en este propósito (Fiorati et al., 2018) da a conocer que el impacto de las políticas intersectoriales y la participación social que se han venido implementando en todo el mundo, han repercutido en la modificación de los determinantes sociales de la salud, por ende reducción de las desigualdades sociales en salud; los resultados mostraron mayor acceso a la salud y mejora de los indicadores sanitarios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Según (Hernández Sampiere et al., 2018), se utilizó un diseño de investigación de tipo no experimental, transversal y causal, donde no se manipulan las variables de estudio; en la investigación se utilizó dos poblaciones, para la variable independiente participación social la población estuvo constituido por 112 trabajadores de 56 centros de salud del ámbito regional de la Dirección Regional de Salud Huancavelica, se consideró una muestra censal 112 trabajadores y un muestreo estratificado ya que se definió una población con características similares y que satisfagan la expectativa del objetivo y la hipótesis de la investigación. Para la variable dependiente calidad de los servicios de salud, la población estuvo constituida por 152,189 usuarios externos que acudieron al servicio de consultorio externo de los 56 centros de salud de la región, la muestra estuvo compuesto por 384 usuarios externos y se utilizó un muestreo aleatorio. (Gamboa et al., 2019).

Para la variable independiente se consideró un cuestionario de 20 ítems y para la variable dependiente se formuló 44 ítems, considerándose en total 64 ítems, las preguntas se elaboraron en base a la escala de Likert, utilizándose siete categorías: 7=Totalmente siempre, 6=Siempre,

5=Casi siempre, 4=Ocasionalmente, 3=A veces, 2=Raras veces y 1=Nunca. Se verificó la objetividad del instrumento con la evaluación de 5 personas, se realizó la validación de contenido con 4 juicios de expertos, los resultados indican una confiabilidad alta de la validez de contenido de los instrumentos en promedio de 95.41% y la confiabilidad de los instrumentos se realizó con el alfa cronbach teniendo como resultado 0.97 y 0.98 respectivamente, siendo muy alta.

El procedimiento del desarrollo de la investigación, se inició con la búsqueda de marco teórico y antecedentes, se formuló los instrumentos de recolección de datos, para las dos variables de estudio de acuerdo a los objetivos planteados cumpliendo los criterios de validez y confiabilidad, para la aplicación de campo se contrató 10 encuestadores, a quienes previamente se les capacitó, se realizó el recojo de la data en los 56 centros de salud de las 7 provincias (Acobamba, Angaraes, Churcampa, Castrovirreyna, Huaytará, Huancavelica y Tayacaja) de la región Huancavelica el año 2018, se tuvo algunas dificultades, ya que en algunos establecimientos visitados inicialmente no se encontró al profesional seleccionado, teniendo que regresar en otra oportunidad, retardando la recojo de la información; luego se tabuló y proceso la data con el SPSS versión 24, se hizo uso de la estadística descriptiva para el análisis descriptivo de la información, se presentó la data en tablas de frecuencia, medidas de tendencia central, también se utilizó la estadística inferencial para la prueba de hipótesis, se utilizó la regresión lineal, el coeficiente de Pearson y coeficiente de determinación para determinar la correlación de las variables de estudio, se consideró un nivel de significancia menor a 0.05 para aceptar la hipótesis de estudio, con un nivel de confianza de 95%; y de acuerdo a los resultado arrojados, se realizó la discusión y las conclusiones.

3. Resultados

Para la variable participación social, se realizó el análisis de la información, teniendo en consideración tres niveles de medición: Buena (cuando las respuestas estén consignadas entre 6 y 7), regular (entre 4 y 5) y mala (menor de 4) y para la calidad del servicio en salud también se consideró tres niveles: Buena (cuando las respuestas estén consignadas entre 6 y 7), regular (4 y 5), mala (menor de 4).

Tabla 1. Participación social en salud en el primer nivel de atención a nivel de la región Huancavelica 2018.

Variables	N°	%	Valor de p
Participación social	Población (112)		
Media	3.9	.	.
Mediana	4	.	.
Moda	4	.	.
Buena	21	18	0.000
Regular	43	39	0.000
Mala	48	43	0.000
Participación Horizontal			
a. Coordinaciones realizadas			
Buena	22	20	
Regular	41	36	
Mala	49	44	
b. Acuerdos tomados			
Buena	14	13	
Regular	45	40	
Mala	53	47	
c. Vigilancia ciudadana			
Buena	29	26	
Regular	42	38	
Mala	41	36	
Participación Vertical			
a. Documentos de Gestión (PEI y POI)			
Buena	29	26	
Regular	48	43	
Mala	35	31	
b. Asignación presupuestal			
Buena	15	14	
Regular	40	36	
Mala	57	50	
c. Sistema de información			
Buena	10	9	
Regular	40	36	
Mala	62	55	

La muestra para la variable participación social fue 112 trabajadores de 56 centros de salud del ámbito de la región Huancavelica, el cuestionario aplicado utilizó la escala de Likert que consta de 7 reactivos (1= nunca, 2=raras veces, 3= a veces, 4=ocasionalmente, 5=casi siempre, 6=siempre y 7=totalmente siempre), con respecto a la media los encuestados en promedio respondieron 3.9, que significa ocasionalmente participan, la mediana es 4, que significa que a lo sumo el 50% de los encuestados respondieron menor que 4 y el otro 50% respondieron mayor que 4 y con respecto a la moda los encuestados con mayor frecuencia respondieron 4

(ocasionalmente), evidenciándose que tanto la media, la mediana y la moda se encuentran a la mitad, no siendo sus respuestas negativas ni tampoco muy positivas; concluyéndose que la participación social de los actores fue regular.

Para la participación social se consideraron dos tipos de participación: La participación horizontal en la que intervienen: la ciudadanía, la sociedad civil y todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que dentro de sus funciones y responsabilidades consideraron los temas de salud y en la participación vertical se consideraron específicamente la participación del sector salud y las acciones que realizaron frente a la calidad del servicio en salud.

Según los datos recabados encontramos que el 43% (48) de los encuestados manifestó, que la participación social de los actores fue mala, el 39% (43) declaró que la participación fue regular y el 18% (21) manifestó que la participación fue buena; en conclusión se observó que el 57% (64) de los encuestados manifestó que hay una participación social a favor de la calidad del servicio en salud, en el ámbito de la región Huancavelica 2018, siendo muy favorable para mejorar las prestaciones de los servicios de salud en el primer nivel de atención, ya que permitió de alguna forma el involucramiento de los diferentes actores de la sociedad civil, entidades gubernamentales y no gubernamentales.

En la participación horizontal, se consideró tres dimensiones: a) coordinaciones realizadas con otros actores, se evidenció que el 44% (49) manifestó que fue mala, el 36%(41) regular y solo el 20% (22) consideró buena; estos resultados indican que de alguna forma en más de la mitad de los establecimientos de salud, hubo involucramiento a través de coordinaciones que se realizaron con los diferentes actores dentro de la jurisdicción de su territorio para abordar los diferentes temas o problemas que identificaron con respecto a la calidad del servicio en salud. b) acuerdos tomados se observó que el 47% (53) consideró mala, el 40% (45) consideró regular y solo el 13% (14) consideró buena; evidenciándose que en más de la mitad de establecimientos los diferentes actores tomaron acuerdos para mejorar la calidad del servicio en salud, permitiendo de esta forma mejorar el acceso a los servicios y consecuentemente mayor satisfacción de los usuarios externos, finalmente la dimensión c) vigilancia ciudadana encontramos que el 36% (41) consideró mala, el 38% (42) consideró regular y el 26% (29) consideró buena, se observó que en más de la mitad de los establecimientos la ciudadanía participó de manera activa, en la toma de decisiones con respecto a los temas de salud que tienen que ver con infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, personal de salud y acceso de los usuarios a los establecimiento, siendo vigilantes de su propia salud.

En relación a la participación vertical, se consideró tres dimensiones: a) Documentos de gestión (PEI y POI) el 31% (35) consideró mala, el 43%(48) consideró regular y el 26% (29) consideró buena, se evidenció que en más de la mitad de los establecimientos en los diferentes documentos de gestión se priorizó actividades a favor de la calidad en salud, factor importante para mejorar las prestaciones a nivel de los establecimientos; b) Asignación presupuestal el 50% (57) consideró mala, el 36% (40) consideró regular y el 14% (15) consideró buena, evidenciándose que en la mitad de los establecimientos de salud se consideró algún tipo de financiamiento en el Plan Operativo Institucional, para desarrollar actividades de calidad, que permitan ir cerrando poco a poco las brechas en el primer nivel de atención; c) Sistema de información el 55% (62) consideró mala, el 36% (40) consideró regular y el 9% (10) consideró buena, evidenciándose que

en el 59% de los establecimientos no se hizo uso de diferentes indicadores de la calidad del servicio, para tomar decisiones oportunas y adecuadas que permitan mejorar las prestaciones de servicios en salud en el primer nivel de atención, esta actividad es importante para identificar logros, limitaciones, generación de evidencias y estrategias de intervención a corto, mediano y largo plazo.

De acuerdo al análisis de los diferentes tipos de participación se concluye que hubo regular participación horizontal y vertical para abordar la calidad del servicio en salud, pero que se debe continuar mejorando, para finalmente lograr la satisfacción del usuario externo que acude a los establecimientos de salud en el primer nivel de atención a nivel de la región Huancavelica.

Tabla 2. Calidad del servicio en salud en el primer nivel de atención a nivel de la región Huancavelica 2018.

Variables	N°	%	Valor de p
Calidad del servicio en salud	Población (384)		
Media	3.7	.	.
Mediana	4	.	.
Moda	4	.	.
Buena	3	1	0.000
Regular	235	61	0.000
Mala	146	38	0.000
a. Fiabilidad			
Buena	3	1	
Regular	241	63	
Mala	140	36	
b. Capacidad de respuesta			
Buena	5	1	
Regular	224	59	
Mala	155	40	
c. Seguridad			
Buena	3	1	
Regular	241	63	
Mala	140	36	
d. Empatía			
Buena	3	1	
Regular	237	62	
Mala	144	37	
e. Aspectos tangibles			
Buena	2	0	
Regular	229	60	
Mala	153	40	

Para la variable calidad de los servicios en salud se consideró una población de 384 usuarios externos que acudieron a la consulta externa en los 56 centros de salud del ámbito de la región Huancavelica, el cuestionario aplicado utilizó la escala de Likert que consta de 7 reactivos (1= nunca, 2=raras veces, 3= a veces, 4=ocasionalmente, 5=casi siempre, 6=siempre y 7=totalmente siempre), con respecto a la media los entrevistados en promedio respondieron 3.7, que significa ocasionalmente se realizaron acciones para la calidad del servicio, la mediana dio como resultado 4, que significa que a lo sumo el 50% de los entrevistados respondieron menor que 4 y el otro 50% respondieron mayor que 4 y con respecto a la moda los entrevistados con mayor frecuencia respondieron 4 (ocasionalmente), evidenciándose que tanto la media, la mediana y la moda se encuentran a la mitad, no siendo sus respuestas negativas ni tampoco muy positivas; concluyéndose que la calidad del servicio en salud fue regular.

De acuerdo a la información recabada se encontró que el 38% (146) entrevistados consideró como mala la calidad del servicio en salud y el 61% (235) consideró regular y solo el 1% (3) consideró buena; entonces podemos evidenciar que la calidad de atención en los establecimientos de salud fue regular, debido a que todavía falta mejorar con respecto a infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, recurso humanos en salud, mayor análisis desde la demanda, mejorar la accesibilidad geográfica y cultural, mayor participación social de los diferentes actores y el involucramiento de la ciudadanía.

Para medir la calidad del servicio en salud se tuvo en cuenta cinco dimensiones: Fiabilidad el 36% (140) de los entrevistados manifestó que fue mala, el 63% (241) consideró regular y el 1% (3) consideró buena; se puede evidenciar que la fiabilidad se cumplió regularmente, porque los usuarios para sentirse satisfechos con la calidad de atención, el establecimiento debió cumplir a cabalidad los siguientes criterios: que los usuarios sean atendidos sin diferencia alguna en relación a otras personas, que sean atendidos de acuerdo al orden de llegada y el horario publicado, ante un reclamo o queja se cuente con mecanismos para atenderlos y se cuente con los medicamentos que recetó el médico; con respecto a la capacidad de respuesta el 40% (155) de los entrevistados considero mala, el 59% (224) considero regular y solo el 1% (5) considero buena, esta dimensión se desarrolló regularmente porque para que los usuarios externos estén satisfechos con la calidad de atención debieron cumplir con los siguientes criterios: que la atención en el área de caja/farmacia, admisión fuera adecuada, el tiempo de espera también fuera rápida y cuando se presente algún problema o dificultad se resuelva de manera inmediata; con respecto a seguridad el 36% (140) consideró mala, el 63% (241) consideró regular y solo el 1% (3) consideró buena, esta dimensión se cumplió regularmente, porque la atención en consultorio debió ser respetando la privacidad, el médico u otro profesional que atiende debió realizar examen completo y minucioso, se brinde tiempo suficiente para contestar dudas o preguntas y que les inspire confianza; con respecto a empatía el 37% (144) consideró mala, el 62% (237) consideró regular y solo el 1% (3) consideró buena, esta dimensión se cumplió regularmente porque no se cumplió a cabalidad los siguientes criterios: El médico o profesional que atiende trate con amabilidad, respeto y paciencia, el personal de caja/farmacia, admisión trate con amabilidad, respeto y paciencia, que los usuarios comprendan la explicación que les brinda el médico u otro profesional sobre la salud, resultado de la atención y tratamiento; finalmente con respecto a aspectos tangibles el 40% (153) consideró mala, el 60% (229) consideró regular, para cumplir a cabalidad se debió cumplir con los siguientes criterios: Los carteles, letreros o flechas

del establecimiento fueran adecuados para orientar a los pacientes, el consultorio y sala cuenta con equipos disponibles y los materiales necesarios para la atención.

Se concluye que la calidad de atención es regular en los centros de salud de la región Huancavelica, debido a que las cinco dimensiones que se evaluaron no cumplieron con la percepción y expectativa de los usuarios y es necesario ir mejorando cada una de las dimensiones de la calidad, con la participación de los actores y el involucramiento de la ciudadanía, mediante la evaluación continua de la calidad, para lograr la satisfacción del usuario, por ende mejorar el acceso a los servicios de salud, consecuentemente reducir los indicadores negativos sanitarios. Para la prueba de hipótesis se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson teniendo como resultado 0.83, indicando que la participación social tuvo una correlación positiva fuerte con la calidad del servicio en salud; así mismo, el resultado del coeficiente de determinación r^2 fue 0.69, indicando que el 69% de la variación en la calidad del servicio en salud se explica por la variación en la participación social de los actores.

Así mismo, se observa que el valor F calculado es 239,677 mayor que 3.94 de la tabla, este valor cae en la región de rechazo; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Cabe resaltar que el valor-p (sig) es 0.000 inferior al nivel de significancia 0.05, también al calcular la regresión lineal nos dio el siguiente resultado $y=1.83+0.5x$, el cual permite realizar la siguiente predicción, por cada incremento de la participación social de actores, se espera una variación de 0.5 en la calidad del servicio en salud.

DISCUSIÓN

Con respecto a la participación social de los actores en la región Huancavelica, se encontró que el 57% (64) de los encuestados manifestó que hubo una participación social a favor de la calidad del servicio en salud, tal como se observa (Ii & Iii, 2013) el tipo de participación social que se ha fomentado con la estrategia de aval ciudadano en México, corresponde al tipo colaboracionista, enfocada en buscar la mejora de la calidad de la atención en salud, pero que su éxito no sólo debe basarse en habilidades personales, sino en la capacidad de coordinar el trabajo de todos los actores involucrados. Entonces la participación social se convierte en un asunto esencial para ir proponiendo nuevas formas de mejorar la calidad del servicio en salud.

En efecto (Fiorati et al., 2018) señala que con la intersectorialidad y participación social, hay mayor acceso a la salud como el seguimiento de embarazadas, aumento en exámenes prenatales, reducción de la desnutrición y mortalidad, es evidente entonces (Praça Brasil et al., 2020) que la participación social en salud favorece la comprensión de los problemas sociales y que dicha participación es efectiva para la resolución de problemas. Es indudable que la articulación de los actores sociales promueve que, de manera conjunta se busquen alternativas de solución, ya que no se duplican esfuerzos, todos van rumbo a un solo objetivo para mejorar la calidad del servicio en salud.

Como se puede observar (Carlisle et al., 2021) la prestación de la atención de calidad del servicio en la atención primaria en salud para aborígenes e isleños del Estrecho de Torres de Austria, se encontraron: Rotación y escasez de personal, carga laboral de los cuidados agudos y crónicos, las áreas prioritarias de mejora fueron a)seguridad cultural, b)compromiso de la comunidad, c)fortalecimiento de los sistemas en los servicios de salud, d)fortalecimiento de la fuerza de

trabajo; estos hallazgos muestran que los factores relacionales, comunitarios y culturales son aspectos prioritarios a tener en cuenta. Cuando hablamos de calidad en salud, no solo se debe tomar en cuenta la oferta, sino el rol importante que cumple el análisis de la demanda, es decir conocer a profundidad a la población en cuanto a sus necesidades en salud, que piensa del sistema de salud, cuáles son sus creencias y cultura en salud, entre otros.

En ese mismo sentido (Francés-García & La Parra-Casado, 2021) muestra una propuesta para la medición de la participación en salud, que consta de: Inclusividad, flujo de información, calidad deliberativa, toma de decisiones, compromiso institucional y empoderamiento comunal en la que se establecen los principios orientadores, que fija las expectativas de los actores implicados y puede ser utilizada como mecanismos de evaluación al finalizar los procesos de implementación y resultados; acotando (Khetrapal Singh & Travis, 2019) considera que hoy en día hay que fomentar nuevos enfoques de participación comunitaria, convertirlos en aliados claves y empoderados, para involucrarlos en la mejora de la calidad del servicio en salud y que los usuarios se sientan satisfechos con la atención recibida. (Barros Bastidas & Turpo Gebera, 2018).

El 38% (146) entrevistados consideró como mala la calidad del servicio en salud y el 61% (235) consideró regular y solo el 1% (3) consideró buena; entonces podemos evidenciar que la calidad de atención en los establecimientos de salud de la región Huancavelica fue regular, esto debido a varios factores que aún queda por implementar en el primer nivel de atención, en ese mismo sentido (Khairullah et al., 2021) al evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a la eficiencia de los servicios de atención primaria en la gobernación de Babilonia encontró que la satisfacción de usuarios solo llegó a 38%, hubo una notable preocupación con el estado de las instalaciones sanitarias, la disponibilidad de medicamentos, equipamiento e infraestructura y disponibilidad de asientos en la sala. Esta situación probablemente se deba a que los sistemas de salud aún no están preparados y hay una débil participación de los diferentes actores para involucrarse en la calidad de las prestaciones.

Así mismo (Valenzuela-Oré et al., 2018) considera que las desigualdades en el acceso y la calidad de atención en salud persisten, sobre todo en la población andina de Huancavelica, donde el 88.5% acude al establecimiento de salud cuando enferma, el 57.4% refiere que el personal de salud siempre brinda confianza y seguridad, en efecto (M. A. Costa et al., 2020) al realizar la evaluación de la atención primaria de salud en São José de Ribamar Brasil, los usuarios de los servicios calificaron todos los atributos como insatisfactorios revelando las necesidades de salud de la población, siendo aún más crítica si la población no accede a los servicios, no se beneficia de ninguno de los atributos en este nivel de atención. En este escenario hay un trabajo arduo por realizar para mejorar las prestaciones en salud y continuar evaluando los resultados sobre todo en el primer nivel de atención.

En efecto (Pandhi et al., 2018) agrega que los sistemas sanitarios de Estados Unidos, se les exige que se conviertan en líderes de la calidad, que implica el desarrollo de equipos clínicos; los resultados indicaron apoyo organizativo, eficacia y cohesión del equipo, habilidades para las reuniones, también se encontró falta de tiempo y cobertura para la participación, necesidad de apoyo técnico, dificultad para difundir aprendizajes, dificultad para incorporar un enfoque de mejora basado en datos, estos resultados sugieren que la transformación de la atención primaria requerirá de muchos cambios a nivel micro y macro; así mismo (Sanine et al., 2021) señala que

la calidad no depende solo de las practicas ejercidas por los profesionales de la salud, sino de las decisiones de los gestores; cabe agregar (Silva et al., 2020) que el endomarketing influyen sobre la prestación de servicio, es decir que al influir los factores de variación, la calidad del servicio será superior.

Para medir la calidad del servicio en salud en la región Huancavelica, se tuvo en cuenta cinco dimensiones: Fiabilidad el 36% (140) de los entrevistados manifestó que fue mala, el 63% (241) consideró regular; capacidad de respuesta el 40% (155) de los entrevistados consideró mala, el 59% (224) consideró regular; seguridad el 36% (140) consideró mala, el 63% (241) consideró regular; empatía el 37% (144) consideró mala, el 62% (237) consideró regular; finalmente aspectos tangibles el 40% (153) consideró mala, el 60% (229) consideró regular, de la misma manera (L. B. Costa et al., 2021) al evaluar los servicios públicos de la atención primaria en salud, en cuanto a los atributos, encontró que la accesibilidad obtuvo una puntuación 2.8 siendo muy baja, la utilización 8.1 considerada la más alta, la puntuación general fue de 5.7, concluyendo que los servicios públicos de fortaleza Brasil evaluados tienen un bajo rendimiento de atención desde la óptica de los adultos.

También (Adepoju et al., 2018), al evaluar la calidad del servicio en salud en el suroeste de Nigeria, reveló que los usuarios de los servicios de atención primaria en salud no estaban satisfechos con la calidad del servicio en ninguna de las dimensiones evaluadas (garantía, fiabilidad, tangible, empatía y capacidad de respuesta), los pacientes se mostraron especialmente insatisfechos en cuanto a los aspectos tangibles, la garantía y la empatía, el estudio concluyó que los proveedores de los servicios de atención primaria en salud deben prestar especial atención a las carencias para ofrecer un servicio de alta calidad y mejorar la satisfacción general de los usuarios. Esto puede lograrse mediante la provisión de equipos modernos, la contratación de más personal para una rápida prestación de servicios y la formación de personal sanitario existente para que preste mejores servicios.

En este mismo sentido (Ponnet et al., 2019), al evaluar la calidad de atención de los niños en el primer nivel de atención en salud, se calificaron como satisfactorios los atributos grado de afiliación, utilización del servicio de salud, coordinación y servicios disponibles y calificaron como insatisfactorios los atributos de accesibilidad de los servicios, integralidad del servicio prestado, orientación familiar y consejería; además consideraron que la atención primaria necesita ser mejorado; en efecto (dos Santos et al., 2018) al evaluar la calidad de atención médica realizado a los niños menores de un año en los servicios de salud primaria en las regiones Sur y Noreste de Brasil, se encontró que en la región Noreste cuenta con servicios de atención infantil de mayor calidad, ya que viene consolidando la estrategia de salud familiar, por lo que sería necesario su implementación en todo el país.

En este orden de ideas (Simão et al., 2017) encontró que los indicadores de calidad de la atención a las personas con diabetes en el Sureste de Brasil, tuvo como resultado escasez de profesionales en un 53.8%, además elevada proporción en la derivación a la atención primaria en salud, encontrándose insatisfacción en la atención de pacientes con diagnóstico de diabetes en el primer nivel de atención; significa entonces (Vieira-Meyer et al., 2020) que al evaluar si hay avances en la implementación de mejora de la calidad en la atención primaria en Brasil, se identificó en general que hubo mejoras en la infraestructura en el noreste en comparación con

otras regiones del país, la mejora en el proceso de trabajo variaron; las mejoras no son homogéneas, estos resultados sugieren que es una herramienta potencialmente útil para mejorar los sistemas de salud, pero puede ser necesario un apoyo adicional en las regiones que se quedan atrás en las mejoras de calidad.

Después de las consideraciones anteriores (Blozik et al., 2018), al realizar la investigación se definió indicadores para la medición de la calidad de la atención primaria en Suiza, de 49 indicadores, se seleccionaron 23 para las pruebas de viabilidad; el grupo de expertos consensuó un conjunto final de 24, que abarcan: Aspectos generales/eficiencia 7, seguridad de los medicamentos 2, atención geriátrica 4, enfermedades respiratorias 2, diabetes 5 enfermedades cardiovasculares 5. Proporcionándose los primeros criterios explícitos basados en la evidencia, aplicables a nivel nacional para medir la calidad de la atención primaria ambulatoria. En este sentido cabe precisar que se debe determinar indicadores para medir las prestaciones en salud, de acuerdo a cada realidad que permitan continuar fortaleciendo el primer nivel de atención por ende mejorar la calidad del servicio.

Las limitaciones que se tuvo en la investigación desarrollada fue que no se tuvo acceso a bases de datos que son pagados y problemas en el acceso a internet por encontrarnos en una zona rural donde la señal de internet es débil y lenta.

La investigación tiene posibles aplicaciones en Direcciones Regionales de salud del sector público, que tengan la intención de mejorar progresivamente la calidad del servicio en salud, con el involucramiento de entidades públicas y privadas; así mismo, sería importante continuar desarrollando futuras investigaciones para ampliar el público objetivo, es decir recabar información de cada uno de los actores involucrados en la calidad de las prestaciones en salud y cuál es el aporte que cada uno de ellos vienen realizando, para identificar limitaciones y resultados.

CONCLUSIONES

Con la investigación quedo demostrada que la participación social de los actores influye favorablemente en la mejora de la calidad del servicio en salud en el primer nivel de atención a nivel de la región Huancavelica; así mismo, se evidenció que cuanto mayor es la participación social de los actores, se obtiene mejores resultados, evitando de esta forma duplicar esfuerzos, para lograr objetivos comunes.

Cabe precisar que, para mejorar la calidad del servicio en las prestaciones en salud, es imprescindible la participación de todos los actores involucrados como la sociedad civil, organizaciones públicas, privadas, con el liderazgo y empoderamiento del sector salud y la implementación de la vigilancia ciudadana; a su vez se deberá evaluar continuamente la calidad del servicio en el primer nivel de atención, con la finalidad de reducir significativamente los indicadores sanitarios negativos en salud y buscar satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios externos.

En este sentido es importante implementar procesos de control (monitoreo y supervisión), también contar con información gerencial que sirva para la toma de decisiones en tiempo real, pues van a permitir evaluar la calidad de los servicios de atención en cada uno de los establecimientos de salud y ayudar a proponer nuevas estrategias de intervención para ir

mejorando progresivamente la calidad, en cuanto a infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos, incremento de personal de salud, así como mejorar las competencias del personal y el buen trato que deben de recibir los usuarios que acuden a los establecimientos. En este marco es necesario que el Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, Gobiernos locales, Direcciones Regionales de Salud y otros tengan que proponer políticas públicas acordes a su realidad de manera conjunta y alinear los diferentes documentos de gestión para priorizar los temas de la calidad en salud e ir cerrando progresivamente las brechas en salud.

REFERENCIAS

- Adepoju, O. O., Opafunso, Z., & Ajayi, M. (2018). La atención primaria de salud en el suroeste de Nigeria: Evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción de los paciente. *African Journal of Science, Technology, Innovation and Development*, 10(1), 13–19. <https://doi.org/10.1080/20421338.2017.1380585>
- Arsenault, C., Yakob, B., Tilahun, T., Nigatu, T. G., Dinsa, G., Woldie, M., Kassa, M., Berman, P., & Kruk, M. E. (2021). Volumen de pacientes y calidad de la atención primaria en Etiopía: resultados del sistema de información sanitaria rutinaria y de la encuesta de evaluación de la prestación de servicios de 2014. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06524-y>
- Ball, L. E., Barnes, K. A., Crossland, L., Nicholson, C., & Jackson, C. (2018). Cuestionarios que miden la calidad de las relaciones entre los pacientes y los de atención primaria: una revisión sistemática. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3687-4>
- Barros Bastidas, C., & Turpo Gebera, O. (2018). Factors influencing the scientific production of university professors: a systematic review. *Factores Que Influyen En La Producción Científica de Los Docentes Universitarios: Una Revisión Sistemática.*, 11(22), 225–234. <http://10.0.85.43/pensam.v11i21-1.276%0Ahttps://ezproxy.uniandes.edu.co:8443/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=141223533&lang=es&site=ehost-live>
- Blozik, E., Reich, O., Rapold, R., Scherer, M., Djalali, S., Huber, F., Kühne, R., Von Overbeck, J., Rosemann, T., Schneuwly, F., Senn, O., & Tapernoux, D. (2018). Indicadores basados en la evidencia para la medición de la calidad de la atención primaria de la atención primaria a partir de los datos de resultados de un proceso de consenso pragmático pragmático de consenso. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3477-z>
- Carlisle, K., Matthews (Quandamooka), V., Redman-MacLaren, M., Vine, K., Turner (Anmatyerre/Jaru), N. N., Felton-Busch (Yangkaal/Gangalidda), C., Taylor, J., Thompson, S., Whaleboat (Meriam Le), D., & Larkins, S. (2021). Una exploración cualitativa de las prioridades para la mejora de la calidad en los servicios de atención primaria de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06383-7>
- Choque Larrauri, R. (2011). *Planeamiento Estratégico* (CONCYTEC (ed.); !ra. Edici).
- Costa, L. B., Mota, M. V., Porto, M. M. de A., Fernandes, C. S. G. V., Santos, E. T., de Oliveira, J. P. M., Mota, T. C., Porto, A. L. da S., & Alencar, M. N. A. (2021). Evaluación de la calidad de la Atención Primaria de Salud en Fortaleza, Brasil, desde la perspectiva de los usuarios

- adultos del servicio en 2019. *Ciencia e Saude Coletiva*, 26(6), 2083–2096. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39722020>
- Costa, M. A., de Britto e Alves, M. T. S. S., Branco, R. M. P. C., Castro, W. E. C., & Ramos, C. A. M. (2020). Evaluación de la calidad de los servicios de atención primaria Servicios de atención primaria en la ciudad de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface: Communication, Health, Education*, 24, 1–14. <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>
- dos Santos, A. S., Duro, S. M. S., Cade, N. V., Facchini, L. A., & Tomasi, E. (2018). Calidad de la atención infantil en los servicios de en el sur y el noreste de Brasil. *Revista de Saude Publica*, 52, 1–12. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000186>
- Fiorati, R. C., Arcêncio, R. A., Segura del Pozo, J., Ramasco-Gutiérrez, M., & Serrano-Gallardo, P. (2018). La intersectorialidad y la participación social como políticas de respuesta a las desigualdades en todo el mundo. *Gaceta Sanitaria*, 32(3), 304–314. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.009>
- Francés-García, F., & La Parra-Casado, D. (2021). Herramienta multidimensional para la medición de la calidad de la participación en salud. *Gaceta Sanitaria*, xx. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.03.009>
- Gamboa, M., Barros, L., & Barros, C. (2019). Childhood Aggressiveness, Learning and Self-Regulation in Primary Students. *Luz. Revista Electrónica Trimestral de La Universidad de Holguín*, 53(9), 1689–1699. <https://luz.uho.edu.cu/index.php/luz/article/view/743/637>
- Gil-Quevedo, W., Agurto-Távora, E., & Espinoza-Portilla, E. (2017). Ciudadanos informados y empoderados: Claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(2), 311–315. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2747>
- Hernández Sampiere, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, C. del P. (2018). *Metodología de la investigación* (Mc Graw Hill (ed.); 7ma. Edic.).
- li, C. J., & Iii, I. A. R. (2013). Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. *Revista de Saude Pública*, 47(1), 44–51.
- Jimoh, S. M., Mankanjuola, A. T., Oluwatoyin, S. A., Bello Fatai, A., & Babaita, I. S. (2019). Expectativas de los consumidores de salud y percepción de la calidad de los servicios Servicios de atención primaria en Nigeria. *Journal of the Liaquat University of Medical and Health Sciences*, 18(1), 47–54. <https://doi.org/10.22442/jlumhs.191810600>
- Jose Carlos Del Carmen Sara. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 288–295.
- Khairullah, Z. A., Rashid, B. A., & Shwiehk, R. S. (2021). Características de los clientes y satisfacción con la calidad de los servicios de los centros de atención primaria en la provincia de Babilonia, Irak. *International Journal of Pharmaceutical Quality Assurance*, 12(2), 1–5. <https://doi.org/10.25258/ijpqa.12.2.01>
- Khetrapal Singh, P., & Travis, P. (2019). La hora de la verdad: acelerar un acceso más equitativo a servicios de atención primaria de mejor calidad en la Región de Asia Sudoriental. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 8(1), 1–3. <https://doi.org/10.4103/2224-3151.255341>
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Organización de Las Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en las prestaciones de servicio de salud 2020-2025. In Cd57/12 (p. 34).

- https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-estrategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
Organización Panamericana de la Salud. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. In *Journal of Micromechanics and Microengineering* (Vol. 15, Issue 4, pp. 883–891). <https://doi.org/10.1088/0960-1317/15/4/029>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Salud en las Américas. In 2017 (p. 260). OPS. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
- Pandhi, N., Kraft, S., Berkson, S., Davis, S., Kamnetz, S., Koslov, S., Trowbridge, E., & Caplan, W. (2018). Desarrollo de equipos de atención primaria preparados para mejorar la calidad: una evaluación con métodos mixtos evaluación y lecciones aprendidas de la aplicación de un enfoque de micro sistemas. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3650-4>
- Parasurman, A., Berry, L., & Zeithaml, V. (1985). Un modelo conceptual del servicio y sus implicaciones para la investigación futura. *Journal of Marketing Research*, 49(4), 1985.
- Ponnet, L., Willems, S., Vyncke, V., Moraes Bousquat, A. E., d'Ávila Viana, A. L., Arantes Mello, G., & Demarzo, M. (2019). Evaluación de la calidad de los servicios de Atención Primaria a la Salud para niños: reflexiones sobre la viabilidad del uso de la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria Tool-Brazil. Evaluation of the Quality of Primary Health Care Services for Children: Reflections on the Feasibility of Using the Brazilian Version of the Primary Care Assessment Tool as a Routine Assessment Tool., 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.31744/einstein>
- Praça Brasil, C. C., Magalhães da Silva, R., Paixão e Vasconcelos, D., & Vasconcelos de Sousa, I. (2020). Estudio reflexivo sobre el diagnóstico participativo como estrategia de investigación en las comunidades. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1–6. <https://ahs.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=144458414&site=ehost-live&scope=site>
- Sanine, P. R., Dias, A., Machado, D. F., Zarili, T. F. T., Carrapato, I. F. L., Placideli, N., Nunes, L. O., Mendonça, C. S., & Castanheira, E. R. L. (2021). Influencia de la gestión municipal en la organización de la atención a la salud infantil en los servicios de atención primaria en el interior de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, 37(1), 1–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242219>
- Sepúlveda-Loyola, W., Dos Santos Lopes, R., Maciel, R. P. T., & Probst, V. S. (2020). Participación social, un factor a considerar en la evaluación clínica del adulto mayor: Una revisión narrativa. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 341–349. <https://doi.org/10.17843/RPMESP.2020.372.4518>
- Silva, W. J., Ordoñez, F. S., Moreno, K., & Caisa, D. (2020). El endomarketing como estrategia de calidad de servicio de las Instituciones Sanitarias Públicas: Un estudio del comportamiento de los usuarios. *Espirales. Revista Multidisciplinaria de Investigación*, 4(34), 0–3. <https://doi.org/10.31876/er.v4i34.749>
- Simão, C. C. A. L., Costa, M. B., Colugnati, F. A. B., De Paula, E. A., Vanelli, C. P., & De Paula, R. B. (2017). Calidad de la atención a los pacientes con diabetes en la atención primaria en el sureste de Brasil. *Journal of Environmental and Public Health*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1709807>

- Valenzuela-Oré, F., Romani-Romani, F., Monteza-Facho, B. M., Fuentes-Delgado, D., Vilchez-Buitron, E., & Salaverry-García, O. (2018). Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y percepción sobre la atención en los establecimientos de salud en residentes de centros poblados alto-andinos de Huancavelica, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 35(1), 84–92. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3603>
- Vieira-Meyer, A. P. G. F., Machado, M. D. F. A. S., Gubert, F. A., Morais, A. P. P., Paula Sampaio, Y., Saintrain, M. V. L., Cameron, D., Reynolds, S., Ram, T. K., & Fernald, L. (2020). Variación de los servicios de atención primaria tras de la política de mejora de la calidad en Brasil. *Family Practice*, 37(1), 69–80. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz040>