

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSGRADO



Revista Científica

MEMORIA DEL POSGRADO

Instrumento oficial de
difusión y publicación de
la Unidad de Posgrado



ISSN: 2789-8024
Dep. Legal 4-3-95-20 P.O.
Vol. 3 N° 2
Julio - Diciembre 2022



REVISTA CIENTÍFICA MEMORIA DEL POSGRADO

Autoridades Universitarias:

RECTOR:
VICERRECTORA:
DECANO FMEN:
VICEDECANO FMEN:
DIRECTOR UPG:

M.Sc. Oscar Arnaldo Heredia Vargas
Ph.D. María Eugenia García Moreno
Dr. Esp. David B. Merida Vargas
Dr. Martín Villarroel Mareño
Dr. M.Sc. Ivan William Larico Laura

Comité Editorial:

PRESIDENTE:
Responsable Editor:
Miembro:
Miembro:
Miembro:
Miembro:

Dr. Martín Villarroel Mareño
Ph.D. Juan Luis Ugarte Cabo (toracari@hotmail.com)
Ph.D. Roberto Ingemar Salvatierra Zapata
M.Sc. Ana María Aguilar Liendo
M.Sc. Margarita Saavedra Cortez
M.Sc. Vicente Waldo Aguirre Tarquino

Asesor Técnico:

Par Revisor:
Par Revisor:
Par Revisor:
Par Revisor:
Par Revisor:

Dr. M.Sc. Jimmy Leonardo Alejo Pocomá

P.Ph.D. Estela Jhakelina Marce Benito
M.Sc. Magaly Gimena Mendieta Ampuero
Dr. MDI. Arturo Ajata San Martín
Dra. Vannia Espinoza Pinto
M.Sc. Dennis Javier Torrez Castro

Diseño y Diagramación:

Responsable de Comunicación:

Lic. Gonzalo Isaac Rojas Arce

ISSN: 2789-8024

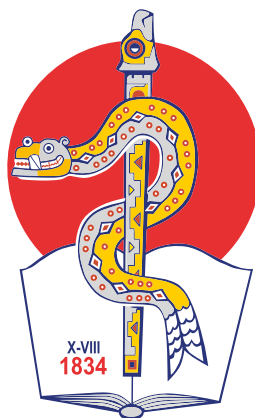
Depósito Legal: 4-3-95-20 P.O.

Registro del número de la revista: <https://doi.org/10.53287/kucz1750bm92j>

Unidad de Posgrado
Calle Claudio Sanjinés #1738 Z. Miraflores
Email: memoriadelposgradomed@gmail.com
Página Web: <https://posgradofment.umsa.bo/>
Página Web: <https://posgradofment.umsa.bo/memoriadelposgrado/>

La Paz - Bolivia
2022





UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSGRADO
MEMORIA DEL POSGRADO

Revista Científica "Memoria del Posgrado" esta indexada a:



ÍNDICE

Editorial

7

ARTÍCULOS ORIGINALES

Estilos de aprendizaje de estudiantes universitarios en ciencias de la salud y su proceso de desempeño

Learning styles of university students in health sciences and their performance process

Alanes-Fernández Angela María Clara

9

Validez de contenido de la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa, primer nivel de atención del sistema público, municipios de La Paz y El Alto, enfoque intercultural

Content validity of the perception scale of the quality of outpatient care, first level of care of the public system, municipalities of La Paz and El Alto, intercultural approach

Alejo-Pocoma Jimmy Leonardo, Arias-Uriona Ana María

16

Eficacia terapéutica de la dexametasona para la plaquetopenia en pacientes internadas en el servicio de obstetricia con síndrome de HELLP, Hospital Municipal Boliviano Holandes, gestión 2018

Therapeutic efficacy of dexamethasone for plachetopenia in patients intermitted to the obstetrics service with HELLP syndrome, Municipal Hospital "Boliviano Holandés", management 2018

Herrera-Montevilla Melvi Yesenia

26

Gestión académica y administrativa de los programas posgraduales de la Unidad de Posgrado, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica Universidad Mayor de San Andrés, cuarto trimestre 2020

Academic and administrative management of the postgraduate programs of the Postgraduate Unit, Faculty of Medicine, Nursing, Nutrition and Medical Technology Universidad Mayor de San Andrés, fourth quarter 2020

Larico-Laura Ivan William, Alcazar-Espinoza Karina Luisa

34

Factores demográficos asociados a fluorosis dental en niños y adolescentes en el departamento de La Paz

Demographic factors associated with dental fluorosis in children and adolescents in the department of La Paz

Ugarte-Cabo Juan Luis, Mendoza-Huaylla Victor Orlando

41

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Modelos de medición de la calidad de atención en salud

Health care quality measurement models

Alejo-Pocoma Jimmy Leonardo, Arias-Uriona Ana María

47

Bases teóricas sobre la evaluación de la calidad del servicio en salud

Theoretical bases on health service quality assessment

Cala-Chapi Carolina Ruth, Marce-Benito Estela Jhakelina

59

Análisis del patriarcado y género en la Residencia Médica en Bolivia

Analysis of patriarchy and gender in medical residency in Bolivia

Fernandez-Peralta Marcel Otto, Alcazar-Espinoza Karina Luisa

67

HISTORIA DE LA SALUD EN BOLIVIA

Origen del día del médico en Bolivia: “Coya raymi o Citua incaica”

Origin of the day of the physician in Bolivia “Coya raymi o Citua incaica”

Dalence-Montaño Julio Guillermo, Deheza-Valda Clea Viviana

73

EDITORIAL

Cursando aún, las aparentes últimas etapas de la pandemia COVID- 19 que por sus características, no es posible dejar de mencionar en el contexto de nuestras actividades; más aún, si hemos de difundir la producción intelectual del equipo de salud.

En salud, las demandas poblaciones no han cesado y de las patologías diferentes a la COVID – 19, han continuado ateniendo a las personas y motivando la investigación de los prestadores de servicios de salud. Este número, evidencia ese aspecto. Son trabajos predominantemente de técnicas asociadas a la solución de afecciones que han merecido la necesidad de comunicar a la comunidad científica.

Las descripciones y las comparaciones que se comunican ameritarán la atención de los especialistas que se encuentren en circunstancias similares por los que esperamos futuras expresiones.

El aspecto holístico también se refleja en un análisis de determinantes sociales relacionados con el mismo sector, el de salud. Uno relacionado con la formación de especialistas en salud y un trabajo que propone la modelos de medición de la calidad de atención en servicios de salud. Aspectos tan válidos porque se refieren a la oferta de prestaciones, ambos muy dirigidos a la calidad de atención en salud. Ameritan tomarlos en cuenta y evaluarlos en consecuencia.

Esta es entonces, la memoria que proponemos para su consideración.

M.Sc. Margarita Saavedra Cortez
MIEMBRO COMITÉ EDITORIAL

ARTÍCULO ORIGINAL

Estilos de aprendizaje de estudiantes universitarios en ciencias de la salud y su proceso de desempeño

Learning styles of university students in health sciences and their performance process

Alanes-Fernández Angela Maria Clara*

AFAMC: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5842-8657>

*Docente Carrera de Medicina, Facultad de Medicina, UMSA. La Paz, Bolivia

DOI: <https://doi.org/10.53287/bapf8840r92r>

angela.alanes@gmail.com

Recibido: 08/05/2022

Aceptado: 10/11/2022

RESUMEN

Objetivo. Establecer los estilos de aprendizaje de estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina.

Método. Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en la Carrera de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, de cuya institución se tomó en cuenta a 150 estudiantes a quienes se aplicó el "Cuestionario de Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA - 2016)". Una vez obtenidos los datos, los mismos fueron trasladados al programa estadístico SPSS v27.0, para posteriormente realizar un análisis de tipo descriptivo obteniendo las frecuencias y porcentajes de las variables en estudio.

Resultados. El estudio ha determinado que del total de estudiantes encuestados (n=150), 94 (62,7%) tienen una preferencia muy alta por el estilo de aprendizaje reflexivo y 58 estudiantes (38,7%) tienen una preferencia igualmente muy alta por el estilo de aprendizaje pragmático.

Conclusión. En estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina predomina el estilo de aprendizaje reflexivo seguido del pragmático.

Palabras Clave: Estilos de aprendizaje, Estudiantes, Medicina

ABSTRACT

Objective. To establish the learning styles of students of the first year of the Medicine Career.

Method. Descriptive cross-sectional study, carried out in the Medical School of "Mayor de San Andrés" university, from whose institution 150 students were taken into account, to whom the "Honey-Alonso Questionnaire of Learning Styles (CHAEA)" was applied. Once the data was obtained, they were transferred to the statistical program SPSS v27.0, to later carry out a descriptive analysis obtaining the frequencies and percentages of the variables under study.

Results. The study has determined that of the total number of students surveyed (n=150), 94 (62.7%) have a very high preference for the reflective learning style and 58 students (38.7%) have an equally high preference for pragmatic learning style.

Conclusion. In students of the first year of the Medicine career, the reflexive learning style predominates followed by the pragmatic one.

Key Words: Learning styles, Students, Medicine

INTRODUCCIÓN

El aprendizaje se define como el cambio de conducta que se produce en virtud de una experiencia vivida. En virtud de ello los estilos de aprendizaje se constituyen en las preferencias metodológicas que una persona establece con el fin de aprender^{1,2}.

De las consideraciones anteriores se desprende que el aprendizaje está fuertemente influenciado tanto por características propias del aprendiz, sin embargo, también existe una fuerte influencia por el contexto en que el aprendizaje tiene lugar y por la enseñanza misma^{3,4}.

Diversos estudios han establecido que los estudiantes tienen diferentes formas de aprender estableciendo ello diferencias en el aula, siendo la responsabilidad del docente poder identificar dichas diferencias para de esa manera obtener un rendimiento mayor al promedio⁵.

En virtud de ello el objetivo del presente estudio es el de establecer los estilos de aprendizaje de estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina.

MÉTODO

El presente es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, el cual se llevó a cabo en estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés durante la gestión 2021.

Considerando que durante la gestión 2021 el número de inscritos al primer año de la Carrera de Medicina fueron en número de 328 y aplicando el cálculo de la muestra para poblaciones finitas con un 95% de confianza, una prevalencia esperada de 0,50% y una precisión del 5% se pudo obtener un valor de 177 estudiantes; sin embargo, se realizó el ajuste de la muestra obteniendo un cálculo de la muestra final de 110, en virtud de ello se tomó una muestra de 150 estudiantes los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por cuota.

El método de recolección de los datos fue la encuesta siendo la técnica el cuestionario el cual corresponde al: "Cuestionario de Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje (CHAEA)", cuyas preguntas fueron introducidas en un Formulario de Google, para posteriormente ser enviada al correo electrónico y a los grupos de WhatsApp de estudiantes de la Carrera de Medicina donde los mismos tuvieron acceso al enlace del cuestionario.

Una vez obtenidos los datos, los mismos fueron trasladados al programa estadístico SPSS v27.0, para posteriormente realizar un análisis de tipo descriptivo obteniéndose las frecuencias y porcentajes de las variables en estudio.

RESULTADOS

Caracterizan a la población de estudio un mayor número de estudiantes del sexo femenino (59,3%), una edad superior a los 20 años (68,7%), así mismo se establece que la gran mayoría de los participantes son solteros (96,0%) y con una residencia en la ciudad de La Paz (57,3%) (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1. Características sociodemográficas de la población objeto de estudio

	N=150	%
Sexo		
Femenino	89	59,3
Masculin o	61	40,7
Edad		
-20	47	31,3
+20	103	68,7
Estado civil		
Casado	6	4,0
Soltero	144	96,0
Residencia		
El Alto	64	42,7
La Paz	86	57,3

En referencia a los estilos de aprendizaje existe un mayor número de estudiantes que tienen una preferencia muy alta por los estilos de aprendizaje reflexivo (n=94 o 62,7%) y pragmático (n=58 o 38,7%); sin embargo, existe una preferencia moderada por los estilos de aprendizaje teórico (n=80 o 53,3%) y activo (n=63 o 42,0%) (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2. Estilos de aprendizaje de estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina

	Muy baja		Baja		Moderada		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Activo	2	1,3	24	16,0	63	42,0	34	22,7	27	18,0
Reflexivo	1	0,7	5	3,3	22	14,7	28	18,7	94	62,7
Teórico	10	6,7	29	19,3	80	53,3	25	16,7	6	4,0
Pragmático	1	0,7	3	2,0	43	28,7	45	30,0	58	38,7

En referencia al aprendizaje activo y teórico los estudiantes que tienen una preferencia moderada, alta y muy alta son se caracterizan fundamentalmente por: ser del sexo femenino, tener una edad superior a los 20 años y tener un estado civil de soltero; sin

embargo, en referencia a la residencia existe un mayor número de participantes con una preferencia alta en aquellos que residen en la ciudad de El Alto situación que es diferente al valorar la preferencia muy alta (Cuadro N° 3 y Cuadro N° 4).

Cuadro N° 3. Estilo de aprendizaje activo según características sociodemográficas

	N=150	Muy baja		Baja		Moderada		Alta		Muy alta	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo											
Femenino	89	1	0,7%	8	5,3%	43	28,7%	21	14,0%	16	10,7%
Masculino	61	1	0,7%	16	10,7%	20	13,3%	13	8,7%	11	7,3%
Edad											
< 20	47	1	0,7%	6	4,0%	17	11,3%	11	7,3%	12	8,0%
≥ 20	103	1	0,7%	18	12,0%	46	30,7%	23	15,3%	15	10,0%
Estado civil											
Casado	6	0	0,0%	1	0,7%	1	0,7%	2	1,3%	2	1,3%
Soltero	144	2	1,3%	23	15,3%	62	41,3%	32	21,3%	25	16,7%
Residencia											
El Alto	64	1	0,7%	12	8,0%	20	13,3%	18	12,0%	13	8,7%
La Paz	86	1	0,7%	12	8,0%	43	28,7%	16	10,7%	14	9,3%

Cuadro N° 4. Estilo de aprendizaje teórico según características sociodemográficas

	N=150	Muy baja		Baja		Moderada		Alta		Muy alta	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo											
Femenino	89	4	2,7%	19	12,7%	48	32,0%	14	9,3%	4	2,7%
Masculino	61	6	4,0%	10	6,7%	32	21,3%	11	7,3%	2	1,3%
Edad											
-20	47	4	2,7%	5	3,3%	23	15,3%	13	8,7%	2	1,3%
+20	103	6	4,0%	24	16,0%	57	38,0%	12	8,0%	4	2,7%
Estado civil											
Casado	6	1	0,7%	1	0,7%	1	0,7%	2	1,3%	1	0,7%
Soltero	144	9	6,0%	28	18,7%	79	52,7%	23	15,3%	5	3,3%
Residencia											
El Alto	64	4	2,7%	9	6,0%	36	24,0%	12	8,0%	3	2,0%
La Paz	86	6	4,0%	20	13,3%	44	29,3%	13	8,7%	3	2,0%

En referencia al aprendizaje reflexivo y pragmático los estudiantes que tienen una preferencia moderada, alta y muy alta se caracterizan por ser del sexo femenino, tener una edad superior a los

20 años, un estado civil de soltero y una residencia ubicada en el municipio de La Paz (Cuadro N° 5 y Cuadro N° 6).

Cuadro N° 5. Estilo de aprendizaje reflexivo según características sociodemográficas

	N=150	Muy baja		Baja		Moderada		Alta		Muy alta	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo											
Femenino	89	0	0,0%	5	3,3%	8	5,3%	15	10,0%	61	40,7%
Masculino	61	1	0,7%	0	0,0%	14	9,3%	13	8,7%	33	22,0%
Edad											
-20	47	0	0,0%	1	0,7%	10	6,7%	9	6,0%	27	18,0%
+20	103	1	0,7%	4	2,7%	12	8,0%	19	12,7%	67	44,7%
Estado civil											
Casado	6	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%	2	1,3%	3	2,0%
Soltero	144	1	0,7%	5	3,3%	21	14,0%	26	17,3%	91	60,7%
Residencia											
El Alto	64	0	0,0%	3	2,0%	7	4,7%	14	9,3%	40	26,7%
La Paz	86	1	0,7%	2	1,3%	15	10,0%	14	9,3%	54	36,0%

Cuadro N° 6. Estilo de aprendizaje pragmático según características sociodemográficas

	N=150	Muy baja		Baja		Moderada		Alta		Muy alta	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo											
Femenino	89	1	0,7%	1	0,7%	31	20,7%	23	15,3%	33	22,0%
Masculino	61	0	0,0%	2	1,3%	12	8,0%	22	14,7%	25	16,7%
Edad											
-20	47	0	0,0%	0	0,0%	12	8,0%	16	10,7%	19	12,7%
+20	103	1	0,7%	3	2,0%	31	20,7%	29	19,3%	39	26,0%
Estado civil											
Casado	6	0	0,0%	0	0,0%	2	1,3%	1	0,7%	3	2,0%
Soltero	144	1	0,7%	3	2,0%	41	27,3%	44	29,3%	55	36,7%
Residencia											
El Alto	64	1	0,7%	0	0,0%	20	13,3%	16	10,7%	27	18,0%
La Paz	86	0	0,0%	3	2,0%	23	15,3%	29	19,3%	31	20,7%

Los datos referentes a las características sociodemográficas entre uno y otro estilo de aprendizaje son similares en virtud a que la muestra deriva del universo de estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina de la UMSA, el cual se caracteriza fundamentalmente por un mayor número de estudiantes del sexo femenino, con una edad superior a los 20 años y un estado civil de soltero.

Sin embargo, las diferencias se establecen en virtud de la residencia la cual es disímil entre los

diferentes parámetros de los estilos de aprendizaje fundamentalmente el activo y teórico.

Así mismo un mayor número de estudiantes con una preferencia muy alta en los estilos de aprendizaje reflexivo y pragmático en comparación a la preferencia por los estilos activo y teórico caracteriza a estudiantes del área de la salud dado que los mismos deben de realizar siempre un análisis detallado de la situación de un caso y posterior a ello deben de tomar decisiones.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos podemos señalar que de los 150 estudiantes la mayor parte son de sexo femenino, con una edad superior a los 20 años y con un estado civil de soltero que son características muy similares al universo de estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés.

Sin embargo, existen diferencias en referencia a la ubicación de la residencia siendo esta más evidente al contrastar las preferencias moderada, alta y muy alta de los estilos de aprendizaje activo y teórico.

Así mismo se determina que de los cuatro estilos de aprendizaje establecidos través del Cuestionario de Honey-Alonso (CHAEA) el que tiene una preferencia muy alta corresponde al estilo reflexivo y seguido del pragmático.

La característica de un estilo de aprendizaje reflexivo es que fundamentalmente analíticos es decir que para arribar a una conclusión posterior a un análisis detallado de la situación^{6,7}.

Por su parte los estudiantes con un estilo de aprendizaje pragmático se caracterizan por tomar decisiones de manera acelerada no adentrándose en discusiones⁸.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Fernández et al, que al igual que en el presente estudio determino que el estilo de aprendizaje reflexivo (seguido del estilo pragmático y teórico) es el que predomina en estudiantes del primer año de la Carrera de Medicina de una Universidad de Sudáfrica⁹.

Sin embargo, a diferencia de Fernández et al, el presente estudio determino que el aprendizaje reflexivo tiene una preferencia muy alta por parte de estudiantes del sexo femenino, con una edad superior a los 20 años y solteros.

Lo establecido con anterioridad se contrapone a los hallazgos obtenidos por Torales et al, el cual establece que los estilos de aprendizaje reflexivo y pragmático predominan en el sexo masculino; sin embargo, dicho autor profundiza el análisis incluyendo variables referidas al ámbito académico previo a su formación universitaria¹⁰.

En virtud de lo anterior son limitantes del presente estudio una insuficiente cantidad de participantes, así como la metodología de selección de los mismos siendo elementos que se tuvo que adoptar dada la poca factibilidad en la consecución de la información. Así mismo para posteriores estudios se recomienda incluir variables de orden académico que involucren la formación antes del ingreso a la universidad.

CONCLUSIÓN

Caracteriza a la población de estudio un mayor número de estudiantes de sexo femenino, con una edad superior a los 20 años y un estado civil de soltero, que son aspectos que de igual manera se presentan a nivel del conjunto de estudiantes que integran el primer año de la Carrera de Medicina de la UMSA.

Finalmente se establece un predominio de los estilos de aprendizaje reflexivo y pragmático lo cual refleja de manera genérica las preferencias de estudiantes del área de la salud dado que los mismos deben de desarrollar un análisis de diversos casos o situaciones con la posterior toma de decisiones

REFERENCIAS

1. Ventura AC. Un binomio que sustenta la calidad educativa. *Perfiles Educ* |. 2011;XXXIII.
2. Barrios Tao H. Neurociencias, educación y entorno sociocultural. *Educ y Educ*. 2016 Nov 1;19(3):395–415.
3. Ussi G, Apodaca-Orozco G, Lourdes ;, Ortega-Pipper P, Luz ;, Verdugo-Blanco E, et al. Educational Models: A Challenge for health education.
4. Jauregui PA, Goienetxe RMA, Vidales KB. El aprendizaje basado en la indagación en la enseñanza secundaria. *Rev Investig Educ*. 2018 Jan 1;36(1):109–24.
5. Armas M. Estudio de los estilos de aprendizaje de estudiantes y profesores de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Central de Venezuela. *Rev la Fac Ing Univ Cent Venez*. 2015;301–7.
6. Escanero-Marcén JF, Soria MS, Guerra-Sánchez M, Silva J. Comparación de los estilos de aprendizaje de los alumnos de medicina obtenidos con un nuevo cuestionario con los proporcionados por el cuestionario Honey-Alonso (CHAEA). *Rev la Fund Educ Médica*. 2016;19(1):19.
7. De Armas M, Rodríguez M. Estudio de los estilos de aprendizaje de estudiantes y profesores de la facultad de ingeniería de la universidad central de venezuela Study of learning styles of students and teachers of the faculty of engineering at the universidad central de venezuela. 2015;30:17–26.
8. Freiberg-Hoffmann A, Abal F, Fernández-Liporace M. Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje: Nuevas evidencias psicométricas en población argentina. *Acta Colomb Psicol* [Internet]. 2020 [cited 2022 Mar 12];23(2):339–48. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552020000200339&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. Raúl F. Estilos de aprendizaje en estudiantes de Medicina de la Universidad Walter Sisulu de Sudáfrica. *Rev Cuba Educ Médica Super*. 2019;
10. Julio T. Estilos de aprendizaje de estudiantes de Medicina de primer año de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. *An la Fac Med*. 2018;51.

ARTÍCULO ORIGINAL

Validez de contenido de la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa, primer nivel de atención del sistema público, municipios de La Paz y El Alto, enfoque intercultural

Content validity of the perception scale of the quality of outpatient care, first level of care of the public system, municipalities of La Paz and El Alto, intercultural approach

Alejo-Pocoma Jimmy Leonardo*
Arias-Uriona Ana María**

APJL: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7314-2462>

*Médico Cirujano, Magister en Salud Pública mención Epidemiología-Docente Investigador del IINSAD

DOI: <https://doi.org/10.53287/suuf6472mm15x>

jimmyalejo77@gmail.com

AUAM: Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4077-8290>

** Licenciada en Medicina PhD en Dinámica de la Salud y del Bienestar PhD en Dinámica de la Salud y Protección Social con mención en Ciencias Sociales, Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Máster en Salud Pública con especialización en métodos avanzados en investigación cuantitativa en Salud.

amfau79@gmail.com

Recibido: 03/11/2022

Aceptado: 16/11/2022

RESUMEN

Objetivo. Determinar la validez de contenido para determinar los elementos que constituyen la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público.

Material y Método. Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, diseño de validación de instrumento documental, realizado durante septiembre y noviembre de la gestión 2022, en 2 municipios el Alto y La Paz, la validez de contenido contó con la participación de 4 expertos, y la prueba piloto con una muestra de 42 participantes. Para el juicio de expertos se utilizó el Coeficiente de validez de contenido de Hernández Nieto. En la prueba piloto se estimó el porcentaje de no respuesta, abandono y tiempo de llenado. Se realizó todos los procedimientos estadísticos con ayuda del programa SPSSv26.

Resultados. La validez de contenido por juicio de expertos obtuvo un puntaje adecuado con validez y concordancia buenas (0,81), con adecuada coherencia, claridad, escala y relevancia. Como resultado de la prueba piloto la tasa de no respuesta fue de 4,7%. La tasa de no respuesta y la tasa de abandono por ítem fueron de 0. El promedio que tardaron los encuestados en completar el instrumento fue de 9,6 min. La fiabilidad del instrumento por dimensión fue aceptable y bueno (>0,6) para 3 de las 5 de las dimensiones teóricas. Mediante el análisis factorial exploratorio se evidenció la unidimensionalidad del constructo, con un total de 17 ítems en su estructura.

Conclusion. El instrumento tiene validez de contenido adecuado con una fiabilidad preliminar aceptable

Palabras Clave: Validez de contenido, Fiabilidad, Constructo.

ABSTRACT

Objective. To determine the content validity to determine the items that make up the scale of perception of the quality of outpatient care at the first level of care in the public system.

Material and Method. This is a quantitative study, a documentary instrument validation design, carried out during September and November 2022, in 2 municipalities, El Alto and La Paz cities. The content validity was assessed with the participation of 4 experts, and the pilot test was carried out with a sample of 42 participants. For the expert judgment, the content validity coefficient of Hernández Nieto was used. The pilot test estimated the percentage of non-response, abandonment and completion time. All statistical procedures were performed with the help of the SPSSv26 program.

Results. The content validity by expert judgment obtained an adequate score with good validity and concordance (0.81), with adequate coherence, clarity, scale and relevance. As a result of the pilot test, the non-response rate was 4.7%. The non-response rate and dropout rate per item were 0. The average time taken by respondents to complete the instrument was 9.6 min. The reliability of the instrument per dimension was acceptable and good (>0.6) for 3 of the 5 theoretical dimensions. The exploratory factor analysis showed the unidimensionality of the construct, with a total of 17 items in its structure.

Conclusion. The instrument has adequate content validity with acceptable preliminary reliability.

Key Words: Content validity, reliability, construct validity

INTRODUCCIÓN

Indagar a los pacientes qué opinan sobre la atención y el tratamiento que han recibido es un paso importante para mejorar la calidad de la atención y garantizar que los servicios sanitarios locales satisfacen las necesidades de los pacientes¹. Es un hecho comprobado que la satisfacción influye en que una persona busque consejo médico, cumpla con el tratamiento y mantenga una relación continua con los profesionales^{2,3}. Donabadian, posiblemente el principal teórico en el ámbito de la garantía de calidad, ha subrayado que la satisfacción del cliente tiene una importancia fundamental como medida de la calidad de la atención, ya que proporciona información sobre el éxito del proveedor a la hora de cumplir los valores y las expectativas del cliente, que son cuestiones en las que el cliente es la última autoridad^{4,5}.

La satisfacción de los clientes es el nivel de satisfacción que experimentan los clientes al utilizar un servicio. Por lo tanto, refleja la diferencia entre el servicio esperado y la experiencia del servicio, desde el punto de vista del cliente. La medición de la satisfacción de los clientes o de los pacientes se ha convertido en una parte integral de las estrategias de gestión de hospitales y clínicas en todo el mundo. Además, el proceso de garantía de calidad y acreditación en la mayoría de los países exige que se mida la satisfacción de los clientes de forma periódica⁶.

Los primeros esfuerzos por definir la calidad del servicio se inclinaban de acuerdo con los criterios del que presta el servicio, con la consciente adaptación a las especificaciones definidas por el productor. A este enfoque de la calidad se le conoce como calidad objetiva o experimentada que se refiere a la superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal estándar según señala Zeitham y Dolors⁷. Según Kotler & Keller, vista desde la perspectiva organizacional, la calidad en el servicio es la orientación que siguen todos los recursos de una empresa para lograr la satisfacción de los clientes incluyendo a todos los empleados y no solo a los que tienen trato directo con el cliente, pues todas las actividades realizadas por un empleado en la organización repercutirán de alguna manera en el nivel de calidad real o percibida por el consumidor⁸.

Se ha generalizado el uso del término “validación” de un instrumento documental, sobre todo en el área de la salud, como sinónimo de prueba piloto, que es totalmente aberrante, en algún caso se utiliza el alfa de Cronbach, también de manera incorrecta porque solo mide la fiabilidad del instrumento. Si bien existe bastante literatura respecto a validación de instrumentos, en salud son escasos los estudios al respecto que sigan rigurosamente todo el proceso de validación hasta la finalización, gran parte de los mismos se quedan en identificar las dimensiones o estructura, no llegan a confirmar mediante un modelo de medida adecuado.

La ausencia de un instrumento documental científicamente validado que mida la percepción de la satisfacción influye en que la calidad en el sistema de salud no mejore. Si bien en la literatura existen muchos instrumentos que miden la satisfacción o la calidad de atención, no necesariamente son adecuados a nuestro contexto, por las particularidades de la población en cada región, de ahí surge la necesidad de diseñar, construir y validar un instrumento con contemple inclusive los aspectos culturales, que no son considerados en los instrumentos estándares.

Con el objetivo de determinar la validez de contenido para determinar los elementos que constituyen la escala de percepción de la calidad de atención en consulta externa en el primer nivel de atención del sistema público. El estudio pretende relacionar al constructo satisfacción una serie de variables que comprendan algunos aspectos inherentes al servicio de salud, al proceso de atención, y particularmente al aspecto cultural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, diseño de validación de instrumento documental, realizado durante el septiembre y noviembre de la gestión 2022, en población de 2 municipio el Alto y La Paz, la validez de contenido contó con la participación de 4 expertos, y la prueba piloto con una muestra de 42 participantes. Para la validez de contenido, juicio de expertos se utilizó el Coeficiente de validez de contenido (CVC), propuesta por Hernández Nieto⁹ en 2012.

$$CVC_i = \frac{M_x}{V_{max}}$$

Donde M_x representa la media del elemento en la puntuación dada por los expertos y $V_{m\acute{a}x}$ la puntuación máxima que el ítem podría alcanzar. También se calculó el error asignado a cada ítem (Pe_i), para reducir el posible sesgo introducido por alguno de los expertos, obtenido mediante

$$Pe_i = \left(\frac{1}{j}\right)^j$$

siendo j el número de expertos participantes. Finalmente, el CVC se calculó aplicando $CVC = CVC_i - Pe_i$.

Para la validez de criterio preliminar, mediante la prueba piloto se estimó el porcentaje de no respuesta, abandono, tiempo de llenado, claridad de los ítems. Se realizó el análisis exploratorio de los datos, medidas de tendencia central, mediana

y media con su intervalo de confianza, medidas de dispersión, desviación estándar y varianza; medidas de forma, asimetría y curtosis para todos ítems por dimensión, normalidad, además de las correlaciones con el estadístico de r de Pearson entre ítem y dimensión. Para medir la confiabilidad del instrumento se calculó el α de Cronbach (Dunn, Baguley y Brunnsden, 2014) con ayuda del programa SPSSv26.

RESULTADOS

Para la validación por expertos se utilizó el coeficiente de validez de contenido de Hernández Nieto, se pudo obtener la valoración de 4 expertos logrando un puntaje promedio del instrumento de 0,781 que implica una validez y concordancia aceptable, sin embargo 2 ítems (nº5 y nº8) fueron obtuvieron un valor menor que 0,6 por lo tanto una validez y concordancia inaceptables, 1 ítem (Nº12) con una validez y concordancia deficientes, por lo que se procedió a eliminarlas.

Una vez eliminados los ítems con valores del coeficiente menores a 0,7 se pudo elevar el valor promedio del instrumento a 0,81 que implica una validez y concordancia buenas.

Cuadro N° 1. Valores del coeficiente validez de contenido Hernandez Nieto general y por ítem ajustado

ITEM	EXPERTOS				sx1	Mx	CVCi	Pei	CVC tc
	1	2	3	4					
Item 01	20	19	15	9	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 02	20	19	15	12	66	3,30	0,83	0,0039	0,82
Item 03	20	20	11	9	60	3,00	0,75	0,0039	0,75
Item 04	20	20	18	13	71	3,55	0,89	0,0039	0,88
Item 06	20	20	14	18	72	3,60	0,90	0,0039	0,90
Item 07	19	20	13	11	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 09	19	20	12	15	66	3,30	0,83	0,0039	0,82
Item 10	20	20	20	14	74	3,70	0,93	0,0039	0,92
Item 11	20	20	4	19	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 13	20	20	15	9	64	3,20	0,80	0,0039	0,80
Item 14	20	20	12	11	63	3,15	0,79	0,0039	0,78
Item 15	12	20	11	15	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
Item 16	20	20	8	19	67	3,35	0,84	0,0039	0,83
Item 17	20	20	17	13	70	3,50	0,88	0,0039	0,87
Item 18	20	20	20	15	75	3,75	0,94	0,0039	0,93
Item 19	20	20	16	14	70	3,50	0,88	0,0039	0,87
Item 20	20	20	7	11	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
Item 21	19	20	10	8	57	2,85	0,71	0,0039	0,71
Item 22	16	19	13	10	58	2,90	0,73	0,0039	0,72
promedio								0,810	

Hasta este punto el número de ítems se reduce a 19, que además de tener una buena validez y concordancia tienen una adecuada coherencia, claridad, escala y relevancia.

Como resultado de la prueba piloto la tasa de no respuesta fue de 4,7%, de los 42 participantes 2 se negaron a participar. La tasa de no respuesta por ítem fue de 0, todos los participantes respondieron a todos los ítems. De igual manera la tasa de abandono fue de 0, los encuestados concluyeron la encuesta en su totalidad.

El promedio que tardaron los encuestados en completar el instrumento fue de 9,6min +/- 3,8min, siendo el tiempo más alto de 20 min y el mínimo de 4 min, con una diferencia entre ellas de 16 min.

Respecto a la variabilidad de los ítems se puede observar que esta varía desde 0,8 hasta 1,71 que tiene mayor variabilidad (ítem n° 9), superan la unidad 14 ítems, y 5 tuvieron valores de variabilidad inferiores a 1. El promedio de las opciones de respuesta osciló entre 2,26 y 3,86 puntos, y las opciones de respuesta más frecuentes fueron 2,3 y 4 (Deficiente, Regular y Bueno)

Cuadro N° 2. Medidas de resumen de los ítems

Ítems	Media	Moda	Varianza
Item9	3,19	4	1,72
Item19	2,76	2	1,60
Item10	3,86	4	1,35
Item13	2,55	2	1,33
Item14	3,12	4	1,33
Item3	2,86	2	1,30
Item6	3,05	2	1,17
Item20	3,07	4	1,14
Item15	3,19	3	1,13
Item11	2,88	3	1,13
Item18	3,26	4	1,13
Item22	3,02	3	1,10
Item16	2,86	3	1,05
Item17	3,05	3	1,02
item2	3,24	4	0,97
Item4	3,48	4	0,94
Item21	3,4	4	0,88
Item1	2,26	2	0,83
Item7	3,14	3	0,81

Al correlacionar los ítems se observó valores mayores $R=0,7$ en 4 ítems, 13 – 15

Para determinar la fiabilidad del instrumento por dimensión se pudo evidenciar un nivel aceptable y bueno ($>0,6$) para las dimensiones Sensibilidad, seguridad y empatía; dos dimensiones elementos materiales y fiabilidad/credibilidad tuvieron un valor muy bajo de fiabilidad. (Ver. Cuadro 4) A partir de este resultado obtenido se realizó el cálculo para el ajuste de la fiabilidad, eliminando los ítems que no contribuyen de manera significativa a la dimensión, el primer caso eliminando el ítem relacionado a los materiales de comunicación relacionados al servicio (carteles, banners, folletos, trípticos) son

visualmente atractivos, se incrementa la fiabilidad hasta 0,62.

En la segunda dimensión sin considerar el ítem referido a que, si debe recurrir varias veces al Centro de Salud para que le den solución al mismo problema, se incrementa el nivel de fiabilidad hasta 0,63, siendo aceptable para considerar la dimensión.

A partir del anterior cuadro se eliminó a varios ítems, de acuerdo a su contribución a la fiabilidad del instrumento logrando elevar el nivel de confiabilidad en las dos primeras dimensiones de 0,31 y 0,23 a 0,62 y 0,63 respectivamente.

Cuadro N° 3. Análisis de fiabilidad por dimension e ítem

DIMENSIONES	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ELEMENTOS MATERIALES				
El Centro de Salud tiene equipos de aspecto moderno.	9,57	3,47	0,283	0,116
Las instalaciones físicas del Centro de Salud tienen un buen aspecto.	8,6	3,466	0,227	0,173
Existe el número adecuado de personal en el Centro de Salud	8,98	2,316	0,477	-0,272
Los materiales de comunicación relacionados al servicio (carteles, banners, folletos, trípticos) son visualmente atractivos.	8,36	5,308	-0,22	0,626
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD				
El Centro de Salud le brinda buen trato desde que usted ingresa	6,33	2,423	0,237	-0,086
El personal de salud muestra un sincero interés en solucionar su problema de salud	6,24	2,771	0,27	-0,084
Debe recurrir varias veces al Centro de Salud para que le den solución al mismo problema	6,19	2,89	-0,05	0,632
SENSIBILIDAD				
El personal de salud se comunica en el idioma o en un lenguaje que usted entiende.	5,43	3,666	0,413	0,658
El personal de salud del Centro de Salud le ofrece un servicio rápido y oportuno	6,4	3,418	0,583	0,436
El personal de salud responde a sus preguntas a pesar de estar ocupado	6,74	3,564	0,449	0,61
SEGURIDAD				
Existe confianza con el personal del Centro de Salud	9,1	6,674	0,668	0,779
Se siente seguro con el servicio que le presta el Centro de Salud	9,02	6,56	0,785	0,722
El personal del Centro de Salud es siempre amable con usted	9,36	7,308	0,652	0,785
El personal de salud está preparado para solucionar su problema de salud	9,17	7,947	0,528	0,837
EMPATIA				
El Centro de Salud le brinda una atención respetando sus usos y costumbres	12,26	8,247	0,698	0,57
El Centro de Salud tiene horarios de trabajo adecuados para usted	12,76	8,771	0,434	0,688
El Centro de Salud tiene personal que le ofrece una atención personalizada de acuerdo a sus necesidades	12,45	10,4	0,302	0,73
El Centro de Salud se preocupa por solucionar de su problema de salud	12,12	9,376	0,585	0,627
El personal de salud del acepta que paralelamente siga tratamiento con Medicina Tradicional .	12,5	9,915	0,396	0,695

Cuadro N° 4. Análisis de fiabilidad por dimensión sin ajuste y ajustada

DIMENSIONES	NUMERO	
	ITEMS	alfa
SIN AJUSTE		
ELEMENTOS MATERIALES	4	0,312
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD	3	0,237
SENSIBILIDAD	3	0,666
SEGURIDAD	4	0,829
EMPATIA	5	0,714
AJUSTADO		
ELEMENTOS MATERIALES	3	0,626
FIABILIDAD/CREDIBILIDAD	2	0,632
SENSIBILIDAD	3	0,666
SEGURIDAD	4	0,829
EMPATIA	5	0,714

Para evaluar la factibilidad de la aplicación del análisis factorial exploratorio se procedió al cálculo de la Prueba de esfericidad de Bartlett y KMO. Se pudo demostrar que las correlaciones parciales entre ítems son suficientes ($KMO=0,738$), además que se evidencia que la matriz de correlaciones no es una matriz de identidad.

Para calcular los valores de las cargas factoriales se utilizó el método de mínimos cuadrados mediante el análisis factorial de ejes principales tomando como

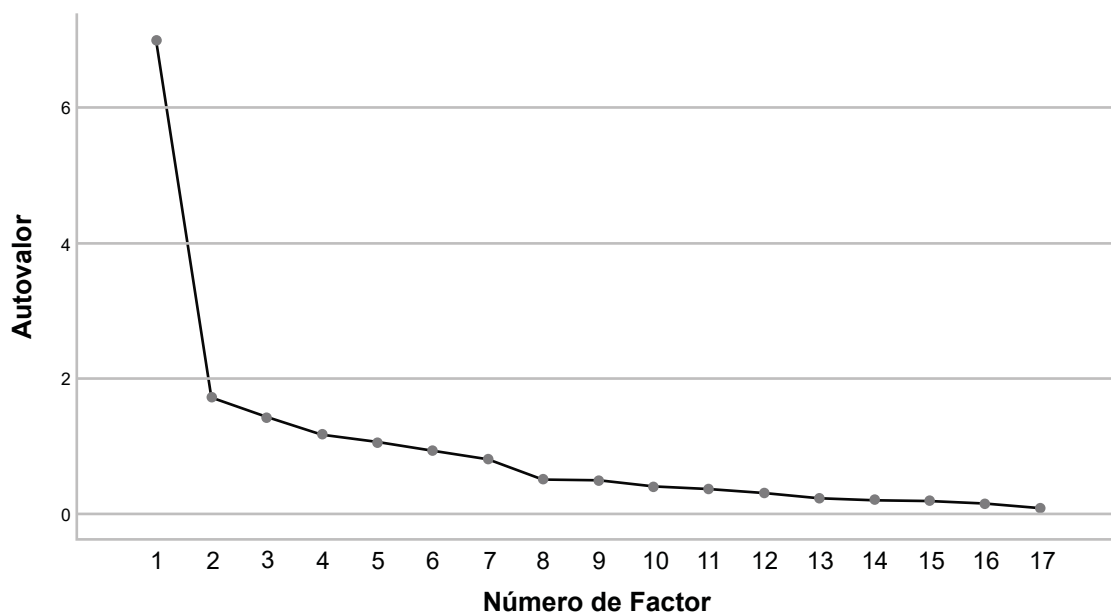
insumo la varianza común. Inicialmente método empleado planteó 5 dimensiones que explican el 62,75% de la variabilidad del constructo en estudio, como se tiene el antecedente de que la estructura dimensional es de 5 se ajustó el modelo a este número. Al reducir el número de dimensiones de acuerdo a la carga factorial y claridad de las dimensiones se evidencia la unidimensionalidad del constructo, es decir contrario a la base teórica en nuestro medio la percepción de la calidad de atención se basa solo en una sola dimensión, con un total de 17 ítems en su estructura.

Cuadro N° 5. Varianza total explicada en la extracción de factores por análisis factorial de ejes principales

Factor	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,982	41,073	41,073
2	1,720	10,119	51,191
3	1,413	8,312	59,504
4	1,178	6,930	66,433
5	1,047	6,162	72,595
6	0,931	5,476	78,071
7	0,805	4,734	82,806
8	0,512	3,013	85,818
9	0,488	2,868	88,687
10	0,399	2,346	91,033
11	0,362	2,132	93,164
12	0,303	1,781	94,946
13	0,237	1,397	96,343
14	0,204	1,197	97,540
15	0,190	1,115	98,655
16	0,146	0,862	99,516
17	0,082	0,484	100,00

En el Figura de sedimentación se puede observar y corroborar la unidimensionalidad del constructo.

Figura N° 1. Figura de Sedimentación



DISCUSIÓN

Respecto al número de dimensiones, si bien de manera preliminar se obtuvo una sola dimensión, en contraste a los estudios de Granado¹⁰ con 2 dimensiones, Vega¹¹, Tíga-Loza D, Luis Á. Villar-Centeno, Diana R. Gúiza-Sanabria y Ruth A. Martínez-Vega¹² con 3, Cabello¹³ 5, Kaitelidou¹³ con 6, pueden deberse a la metodología utilizada, con la conclusión y confirmación de las dimensiones mediante el análisis factorial confirmatorio, asumiendo que el presente estudio es preliminar.

En relación a la confiabilidad los valores de los estudios contrastados oscilan entre un alfa de Cronbach de 0,72 a 0,931⁰⁻¹⁴¹⁵⁻¹⁷ en el instrumento trabajo el valor de alfa Cronbach como valor mínimo en el componente elementos materiales fue de 0,626 y el máximo con la dimensión empatía con 0,829 siendo el valor mas alto, considerando que aún falta el proceso de confirmación de los ítems mediante el análisis factorial confirmatorio, luego de realizada esta será posible tener una comparación final.

De la misma forma las correlaciones entre ítems en algunos casos de Spearman en los estudios base de comparación oscilaron entre 0,52¹⁵⁻¹⁷ a 0,95¹⁰⁻¹⁴. En el caso del instrumento a desarrollar los valores

de correlación estuvieron por debajo de 0,5 solo dos ítems tuvieron un valor de correlación de mayor a 0,7 situación que es necesario corroborar con los siguientes pasos y con una muestra mayor.

Un aspecto a considerar en las diferencias en los resultados con otros autores se centra en que el presente estudio es aun preliminar, no concluyente, el tamaño de la muestra fue de 42 en relación al tamaño de muestra ideal para este tipo de estudio necesarios para determinar las evidencias de validez definitivas.

CONCLUSION

El constructo trabajado, en esta fase preliminar que fue trabajado bajo la revisión y contrastación de varios modelos teóricos, constituye una aproximación al modelo adecuado al contexto de estudio para determinar la percepción de la calidad de atención en salud. Hasta esta fase el constructo es unidimensional, constituido por 17 ítems, con valores de fiabilidad bajos en el 50%, no definitorios, con un buen nivel de aceptabilidad con tasas de respuestas, abandono dentro de lo óptimo. Por tanto, el instrumento tiene validez de contenido adecuado. A partir de los resultados obtenidos se continuará la siguiente fase con una muestra mayor para obtener las evidencias de validez.

REFERENCIAS

1. Trust H care C-NWLHN. Outpatient survey report. 2005.
2. Larsen D, Rootman R. Physician's role performance and patient satisfaction. Soc Sci med. 1976;10:29–32.
3. West away Margaret S, Rheeder Paul, Vanzyl Daniel G SJR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction. J Qual Heal care. 2003;15(4):337–344.
4. James A. Hospital management in the tropics and subtropics. 1990.
5. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? J Am Med Assoc. 1988;260:1743–1748.
6. Mathew S, Beth E. Guide to Assessing Client Satisfaction. Durban, (South Africa): Health system Trust. 2001;
7. Bustamante MA, Zerda-Barreno ER, Obando F, Tello-Sánchez MG. Fundamentos de calidad de servicio, el modelo Servqual. Rev Empes. 2019;13(2):1–15.

8. Núñez-Tobías S, Juárez-Mancilla J. Análisis comparativo de modelos de evaluación de calidad en el servicio a partir de sus dimensiones y su relación con la satisfacción del cliente. *Empres Investig y Pensam crítico* [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 6];7(1):49–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.17993/3cemp.2018.070133.49-59/>
9. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto E. Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013 [cited 2022 Nov 21];10(2):3–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.2.11820>
10. Granado-de-la-Orden S, Rodríguez-Rieiro C, Olmedo M, Chacón-García A, Vigil-Escribano D, Rodríguez-Pérez P. Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la Satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas Externas de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81(6):637–45.
11. Vega-Dienstmaier J, Arévalo-Flores J, Tomateo-Torvisco J, Cabello E. Validación de un instrumento para evaluar la satisfacción de los usuarios atendidos en el consultorio externo de psiquiatría de un hospital público (Lima, Perú). *Rev Neuropsiquiatr*. 2014;77(4):271–82.
12. Tiga-Loza D, Villar-Centeno L, Güiza-Sanabria D, Martínez-Vega R. Validez y confiabilidad de un instrumento de satisfacción del usuario con síndrome febril agudo. *Rev salud pública*. 2010;12(5):820–32.
13. Cabello E, Chirinos J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Rev Med Hered*. 2012;23(2):88–95.
14. García-Galicia A, Díaz-Díaz JF, Montiel-Jarquín ÁJ, González-López AM, Vázquez-Cruz E, Morales-Flores CF. Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción del paciente de consulta externa. *Gac Med Mex*. 2020;156(1):47–52.
15. Sonu G, Deepak S, Amarjeet S. Development and validation of a patient satisfaction questionnaire for outpatients attending health centres in North Indian cities. *J Health Serv Res Policy*. 2013;19.
16. Kaitelidou D, Economou C, Galanis P, Konstantakopoulou O, Siskou O, Domete S, et al. Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study. *BMC Fam Pr*. 2019;20(1):49.
17. Aletras V, Papadopoulos E, Niakas D. Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Heal Serv Res*. 2006;6:66.

ARTÍCULO ORIGINAL

Eficacia terapéutica de la dexametasona para la plaquetopenia en pacientes internadas en el servicio de obstetricia con síndrome de HELLP, Hospital Municipal Boliviano Holandés, gestión 2018

Therapeutic efficacy of dexamethasone for plachetopenia in patients intermitted to the obstetrics service with HELLP syndrome, Municipal Hospital "Boliviano Holandés", management 2018

Herrera-Montevilla Melvi Yesenia*

HMMY: Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5454-3655>

*Médico Ginecóloga-Obstetra.

DOI: <https://doi.org/10.53287/ggunv9451w20p>

herreramelvi@gmail.com

Recibido: 01/08/2022

Aceptado: 03/11/2022

RESUMEN

El síndrome de HELLP se caracteriza por anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia.

Objetivo. Determinar la eficacia terapéutica de la dexametasona para la plaquetopenia en pacientes internadas con síndrome de HELLP, en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés, gestión 2018.

Material y Métodos. Se realizó un estudio prospectivo, analítico y de corte dinámico desde el 1 de enero al 31 de diciembre de la gestión 2018, en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés. Se incluyeron en el estudio pacientes internadas con el diagnóstico de HELLP; con edad gestacional mayor a 22 semanas y púerperas que estuvieron cursando los 7 días post parto, a quienes se administró dexametasona.

Resultados. Se estudió 14 pacientes (100%), las cuales cumplieron los criterios de inclusión, a quienes se administró dexametasona EV (8mg c/12 hrs y 4mg c/12hrs).

En relación a la edad, se presentó en mayores de 35 años (43%), teniendo el (71.4%) de las pacientes un nivel de instrucción secundario, de las cuales (50%) realizó menos de 3 controles prenatales durante su gestación.

Respecto al recuento plaquetario existe un incremento de 34.500mm³ (p=0.00) tras 48 horas de tratamiento con dexametasona y disminución de enzimas hepáticas GOT (p=0.003) y GPT (p=0.017) respectivamente.

Conclusión. Este estudio demuestra que el uso de dexametasona en pacientes con síndrome de HELLP, es eficaz ya que incrementa el recuento plaquetario y reduce los niveles de transaminasas tras 48 horas de tratamiento.

Palabras Clave: Síndrome de HELLP, Plaquetopenia, Dexametasona.

ABSTRACT

HELLP syndrome is characterized by microangiopathic hemolytic anemia, liver dysfunction, and thrombocytopenia.

Objectives. To determine the therapeutic efficacy of dexamethasone for thrombocytopenia in hospitalized patients with HELLP syndrome, in the Obstetrics service of the Municipal Hospital Boliviano Holandés, management 2018.

Materials and methods. A prospective, analytical and dynamic study was carried out from January 1 to December 31 of the 2018 administration, in the Obstetrics service of the Holandés Boliviano Municipal Hospital. Hospitalized patients diagnosed with HELLP were included in the study; with gestational age greater than 22 weeks and puerperal women who were attending the 7 days postpartum, who were administered dexamethasone.

Results. We studied 14 patients (100%), who met the inclusion criteria, who were administered IV dexamethasone (8mg every 12 hours and 4mg every 12 hours). In relation to age, it was presented in patients older than 35 years (43%), with (71.4%) of the patients having a secondary education level, of which (50%) performed less than 3 prenatal controls during their pregnancy. Regarding the platelet count, there is an increase of 34,500mm³ (p=0.00) after 48 hours of treatment with dexamethasone and a decrease in liver enzymes GOT (p=0.003) and GPT (p=0.017), respectively.

Conclusions. This study shows that the use of dexamethasone in patients with HELLP syndrome is effective since it increases platelet count and reduces transaminase levels after 48 hours of treatment.

Key Words: HELLP syndrome, thrombocytopenia, dexamethasone.

INTRODUCCIÓN

La alta mortalidad materna perinatal continúa siendo un problema de gran magnitud en nuestro país Bolivia, siendo las principales causas la hemorragia, infecciones y la preeclampsia¹. Tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (2004), cada año más de 4.000.000 mujeres desarrollarán Preeclampsia, cerca de 100.000 presentarán Eclampsia y que además la mortalidad por Síndrome HELLP es de 5 a 9 veces mayor en los países en vías de desarrollo².

El síndrome de HELLP es una complicación de la preeclampsia que afecta a las células sanguíneas y la función hepática, se caracteriza por presentar en laboratorio: hemólisis, prueba de función hepática elevada y recuento bajo de plaquetas o plaquetopenia³.

Dentro la etiología del síndrome de HELLP, aún se desconoce, pero se postulan cuatro hipótesis, como: la isquemia placentaria, los lípidos maternos, el mecanismo inmunológico y la impronta genética^{4,5,6}.

La respuesta inflamatoria incrementada en el síndrome de HELLP responde a la administración de corticosteroides. Las mujeres tratadas con dexametasona intravenosa presentan disminución de la interleucina 6, así como los factores antiangiogénicos sFlt-1 y endogлина soluble¹¹.

En este trabajo se pretende determinar la eficacia terapéutica de la dexametasona para la plaquetopenia, además de estimar el efecto del corticoide en la función hepática y describir las características sociodemográficas de las pacientes internadas con síndrome de HELLP, en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, analítico y de corte dinámico (cuasi experimental) durante 12 meses consecutivos a partir de 1 de enero del 2018 al 31 de diciembre de la gestión 2018, en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés en la Ciudad de El Alto. Se incluyeron en el estudio mujeres embarazadas internadas con diagnóstico de Síndrome de HELLP; con edad gestacional mayor a 22 semanas y púerperas que estuvieron cursando los 7 días post parto, a quienes se administró dexametasona endovenosa a dosis menores de 8mg c/12hrs (24hrs) y 4mg c/12hrs (48hrs). Para lo cual se realizó un consentimiento informado oral a la paciente que se coordinó con el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés, (el estudio no causó daños físicos, psicológicos ni morales a las pacientes ya que se diseñó un esquema de tratamiento menor a los protocolos internacionales). Durante la gestión 2018 se encontraron 14 pacientes (100%) que cumplían con los criterios de inclusión.

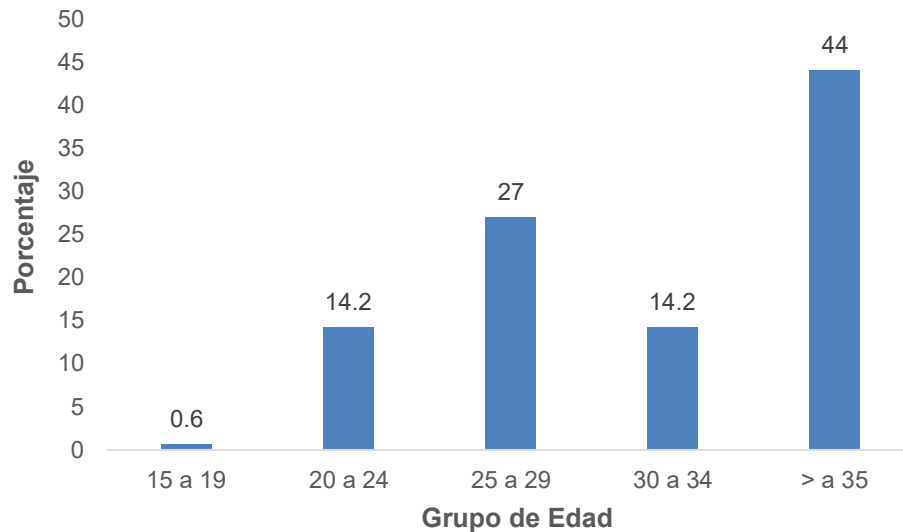
Análisis estadístico

Los datos fueron transferidos a una base de datos electrónica en Microsoft Excel para realizar el análisis preliminar, posteriormente los datos fueron exportados al software IBM-SPSS Statistics v23.

RESULTADOS

Se realizó el estudio en 14 pacientes 100%, con diagnóstico de síndrome de HELLP en las que se administró corticoide endovenoso a dosis empíricas, dexametasona a dosis de 8mg c/12 (24hrs) y 4mg c/12(48 hrs).

En relación a las características sociodemográficas de las pacientes que presentaron síndrome de HELLP y que recibieron dexametasona, se evidencia que la mayor parte de las pacientes, en relación al grupo etario son mayores de 35 años (Figura 1).

Figura N° 1. Grupos de edad de las pacientes internadas con Síndrome de Hellp Hospital Municipal Boliviano Holandes, gestión 2018

En relación al grado de instrucción el 71.4% de las pacientes habían cursado el nivel secundario, en oposición a aquellas 28.6% que cursaron el nivel primario solamente. Del 100% las pacientes

estudiadas, el 50% realizó menos de 3 controles prenatales durante la gestación y el 7% no realizó ningún control prenatal (Cuadro1)

Cuadro N° 1. Grupos de edad de las pacientes internadas con Síndrome de Hellp Hospital Municipal Boliviano Holandes, gestión 2018

NUMERO DE CONTROL PRENATAL	F	%
<3	7	50,0
>3	6	42,9
NINGUNO	1	7,1

Con el propósito de determinar la eficacia terapéutica de la dexametasona para la plaquetopenia en el síndrome de HELLP, se demostró que el promedio del recuento plaquetario al inicio fue de 112.428mm³, (con límite inferior de 84.000mm³ y límite superior de 102.000mm³); después de la administración de la dexametasona fue de 146.928mm³ (límite inferior 132.000mm³ y límite superior de 161.000mm³), cuya diferencia en el recuento plaquetario fue de

34.500mm³ (Cuadro N° 2) Se realizó la media de recuento de plaquetas antes y después de administrar dexametasona donde la diferencia encontrada en el promedio de las mediciones de plaquetas fue significativa (p=0.00), por lo tanto la medicación con dexametasona en pacientes con síndrome de HELLP incrementa el número de plaquetas a las 48 horas de tratamiento.

Cuadro N° 2. Estadísticos descriptivos de la medida de plaquetas antes y después de la administración de dexametasona

ESTADÍSTICO	ANTES	DESPUÉS	DIFERENCIA
MEDIA	112.428,6	146.928,6	34.500
I.C. 95% L.I.	84.272,1	132.285,9	20.961,5
I.C. 95% L.S.	102.585	161.571,2	48.038,5
MEDIANA	98.000	140.500	28.500
DESV. TÍP.	12.345,8	25.360,4	23.448

En relación a las enzimas hepáticas se evidenció disminución de sus valores tras 48hrs de tratamiento: la GOT ($p=0,003$), en promedio disminuyó de 53.4 UI/L a 34.2 UI/L, respecto a la GPT ($p=0.017$) en promedio disminuyó de 56 UI/L a 31 UI/L. (ver cuadro 3 y 4).

Cuadro N° 3. Estadísticos descriptivos de la medida de TGO y TGP antes y después de la administración de dexametasona

ESTADÍSTICO	GOT24HRS	GPT24HRS	GOT48HRS	GPT48HRS
MEDIA	53,4	56,1	34,2	31,9
I.C. 95% L.I.	41,4	36,4	29,5	27,4
I.C. 95% L.S.	65,4	75,7	38,9	36,4
MEDIANA	47,5	40,0	32,0	32,0
DESV. TÍP.	20,8	34,1	8,2	7,8

Cuadro N° 4. Diferencia de medias de TGO y TGP antes y después de la administración de dexametasona

	Diferencias relacionadas				T	P
	Media	Desviación típ.	IC. 95%			
			Inferior	Superior		
GPT48HRS - GPT24HRS	-24,21	33	-43,2	-5,1	-2,7	0,017
GOT48HRS - GOT24HRS	-19,14	19,8	-30,6	-7,6	-3,6	0,003

DISCUSIÓN

El síndrome de HELLP término acuñado por Weinstein en el año 1982, conformado (por las siglas en inglés para Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets), es una complicación que aparece en el 15% de los trastornos hipertensivos del embarazo^{1,7,8,9}, en el Hospital Municipal Boliviano Holandés representa el (8.58%), la evidencia de laboratorio de hemolisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, definen a la paciente embarazada con síndrome de HELLP^{10, 14}.

En relación a la edad como factor de riesgo no se han publicado a la fecha estudios nacionales que se ocupen del análisis de las tasas específicas de mortalidad por síndrome de HELLP en relación con la edad, sin embargo los sistemas nacionales de salud revelan que el riesgo de muerte más elevado lo presentan las mujeres con 35 años y más^{1,11}. En nuestro estudio se evidencia que la mayor parte de las pacientes que presentaron síndrome de HELLP son mayores de 35 años.

Es común mencionar una relación entre vigilancia prenatal temprana, sistemática y de buena calidad con una menor probabilidad para experimentar complicaciones tal como lo es el síndrome de HELLP, dicho de otra manera, la carencia de atención médica durante el embarazo constituye en un factor de riesgo^{11,12,13}, como lo podemos evidenciar en nuestro estudio donde el 50% de las pacientes realizó menos de 3 controles prenatales durante su gestación. Asimismo el nivel de instrucción de las pacientes con síndrome de HELLP no fue un factor determinante ya que el 71.4% de las pacientes estudiadas tenían un nivel de instrucción secundario.

En relación a la etiología esta se desconoce pero se plantea la teoría de isquemia placentaria, que libera factores tóxicos del sincitiotrofoblasto que producirán daño en los endotelios vasculares^{15,16}. El daño endotelial llevará a la disminución de prostaglandinas sintetizadas "in situ", como la prostaciclina, que es un potente vasodilatador y antiagregante plaquetario, con predominancia de los tromboxanos (sintetizados predominantemente por la plaqueta) y que son vasoconstrictores y agregantes plaquetarios¹¹⁻¹³, produciendo de esta

manera disminución de la circulación plaquetaria por aumento del consumo^{10,13,21}.

El hígado ocupa un lugar importante en la patogénesis del síndrome de HELLP, siendo el dolor en el epigastrio o cuadrante superior derecho el primer síntoma^{19,20,21}. Existiendo una disfunción extensa del hepatocito periportal y la apoptosis que causa necrosis periportal, el sangrado y en ocasiones la rotura del tejido hepático con hemorragia^{11,12,17}. La apoptosis mediada por CD95(APO-1, fas) de las células hepáticas es uno de los principales mecanismos patogénicos. El bloqueo de las señales del CD95 que disminuye la liberación de CD95L (ligando), que es un factor humoral derivado de la placenta, ha mostrado reducir la actividad hepatocitotóxica del suero de pacientes con síndrome de HELLP¹¹.

La elevación de las enzimas hepáticas puede reflejar el proceso hemolítico, así como la participación del hígado²⁰, señala que la hemólisis contribuye substancialmente a los niveles elevados de deshidrogenasa láctica (HDL), en tanto que los niveles elevados de la aspartatoaminotransferasa (AST) y alaninoaminotransferasa son más debidos al daño hepático^{17,18,19}.

Actualmente existen dos grandes definiciones para realizar el diagnóstico de síndrome de HELLP, la propuesta por Mississippi y la de Tennessee^{22,23}.

Mississippi clasifica al síndrome de HELLP en: clase 1: plaquetas < o igual a 50.000/mm³, (HDL) >o igual a 600 UI/L, AST >o= 70 UI/L ALT >o= 70 UI/L, clase 2: plaquetas > 50.000/mm³ pero < o= 100.000/mm³, clase 3: plaquetas >100.000/mm³ pero <o= 150.000/mm³, para la clase 2 y 3 la DHL, AST y ALT mantienen los mismo valores.

Según la clasificación de Tennessee, el síndrome de HELLP se considera completo cuando hay hemolisis (HDL >600UI/L o esquistocitos en sangre periférica, o ambas, bilirrubinas totales en suero >1.2mg/dl), trombocitopenia moderada a grave (plaquetas <100.000/mm³) y disfunción hepática (AST, ALT o ambos > 70 UI/L). Por otra parte, el síndrome de HELLP es considerado incompleto o parcial cuando uno de los tres componentes del HELLP completo está ausente.

En relación al uso de la dexametasona en el síndrome de HELLP, se realizó una revisión en Cochrane 2010 sobre el uso de corticoides, evaluando 5 ICCAs que compararon el tratamiento con dexametasona y betametasona. 4 ICCAs compararon dexametasona vs controles sin encontrar diferencias en cuanto a la morbimortalidad materna, pero si se encontró una tendencia a mejorar el recuento plaquetario dentro de las 48 hrs⁵.

En cuanto al estudio realizado, se evidencia que el uso de la dexametasona en pacientes con síndrome de HELLP, es efectivo para reducir los niveles de GOT y GPT, ($p=0,003$ - $p=0.017$ respectivamente).

Además de aumentar el recuento plaquetario en las primeras 48 horas de tratamiento ($p=0,00$). Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con las referencias internacionales pues se demuestra la eficacia de la dexametasona en la plaquetopenia en pacientes con síndrome de HELLP internadas en el servicio de obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés.

CONCLUSIONES

El uso de la dexametasona en pacientes con síndrome de HELLP, es eficaz ya que aumenta el recuento plaquetario en las primeras 48 horas de tratamiento ($p=0,00$), siendo además efectivo para reducir los niveles de GOT ($p=0.003$) y GPT ($p=0.017$).

En cuanto a las características sociodemográficas de las pacientes con síndrome de HELLP, la mayor parte de las pacientes son mayores de 35 años (42.8%), el (71.4%) tiene un nivel de instrucción secundario, en relación al número de controles prenatales el (50%) de las pacientes realizó menos de 3 controles, lo que demuestra que los factores de riesgo predisponen a la aparición de este síndrome a excepción del nivel de educación.

Se sugiere implementar como pauta de tratamiento en el servicio de Obstetricia del Hospital Municipal Boliviano Holandés el uso de dexametasona en el síndrome de HELLP, debido a la relación que existe entre el uso de esta droga y la recuperación de la enfermedad medida por los parámetros laboratoriales, incremento de las plaquetas y disminución de las transaminasas.

REFERENCIAS

1. Morales T, Saravia A. Morbimortalidad materna asociadas a preeclampsia en la Unidad de Cuidados Intensivos del HMIGU. Gaceta Médica Boliviana [Internet]. 2016 [Citado el 7 de mayo de 2022]; 39(2):88–90. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662016000200006
2. Hipertensión - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Paho.org. 2018. [Citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
3. Jimena Bracamonte-Peniche, López-Bolio V, Mar, José María Ponce-Puerto, María José Sanabrais-López, Mendez-Dominguez N. Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. REVISTA BIOMÉDICA [Internet]. 2018 [Citado el 7 de mayo de 2022]; 29(2). Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/612/62>
4. Rimola D. Síndrome de Hellp [Internet]. [Citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132c.pdf>
5. Douglas M. Woudstra, SueChandra, G Justushofmeryr, Therese Dowswell. Corticosteroides para el síndrome de hellp (hemolisis, enzimas hepáticas elevadas, disminución de las plaquetas) en el embarazo. The cochrane collaboration. [Internet]. 2010. [Citado el 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008148.pub2>

6. Almuna V. R, Valdés F. L, Ramírez F. C, Barrera C. V, Bakal I. F, Montoya C. I. Eficacia de la Dexametasona en Síndrome HELLP. Revista chilena de obstetricia y ginecología [Internet]. 2003 [Citado el 7 de mayo de 2022]; 68(6). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600010&lng=e&nrm=iso&tlng=es
7. Fonseca JE., Méndez F, Cataño C, Arias F. et. al. El tratamiento con dexametasona no mejora el resultado de mujeres con síndrome de hellp: un estudio clínico controlado randomizado, doble ciego. 2005. REVISTA CHILENA OBSTETRICIA GINECOLOGIA 2005; 70 (6): 418-419.
8. MC. Doris Del Carmen Salazar Escalante, M.C. Beatriz E. Vega Ramos, Mc. Oswaldo Valencia Gutiérrez, Dr. Mario Sánchez Mena. Eficacia de dosis altas de dexametasona en el tratamiento del síndrome de hellp. revista de la asociación mexicana de medicina critica y terapia intensiva, 2005, 19 (5-6): 156-162.
9. Zapata Díaz BM, Ramírez Cabrera JO. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2020 Feb. 3 [Citado el 8 de mayo de 2022];66(1):57-65. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000100057
10. Usandizaga, J.; Fuente, P. Obstetricia. 2017. Madrid España: Marban.
11. Romero Arauz, J.; Jiménez, G. Y Tena, S. Enfermedades Hipertensivas del Embarazo Preeclampsia. 2014. MEXICO DF: MC GRAW HILL.
12. Cunningham, L. S. Williams. Obstetricia. 2013. MEXICO: MC GRAW HILL.
13. Schwarcz, R. F. Obstetricia. 2005. Buenos Aires- Argentina: El Ateneo.
14. Céspedes, H. Obstetricia y Medicina Perinatal. 2017. Oruro-Bolivia: Latinas.
15. Barcelona, C. (2016). Protocolo Hipertensión Y Gestación. Barcelona: España.
16. Sibai, Baha M. Hipertension Durante el Embarazo: Clinicas de Ginecologia Y Obstetricia. 1992. Temas Actuales. 4: 593.
17. De Gracia, V.P. Complicaciones de la Preeclampsia. 2014. Revista Médica De Panamá, 2-6.
18. Lidmir, M. L. Manejo de la Preeclampsia Con Elementos De Severidad Antes De Las 34 Semanas De Gestación: Nuevos Conceptos. 2015. Revista Peruana De Ginecología Y Obstetricia, 1-5.
19. De Gracia, P. V. Síndrome De Hellp. 2015. Ginecología Obstetricia México, 48-57.
20. Mendes, D. C. Nuevas Interpretaciones En La Clasificación Y El Diagnostico De La Preeclampsia. 2016. Medisan Cielo, 1-11.
21. De Gracia, V.P. Síndrome Hellp: Peor Pronóstico En Los Trastornos Hipertensivos Del Embarazo. 2013. Revista Médica Panama De Obstetricia, 48-53.
22. Becerra, M. C. Comparación De Dos Protocolos De Manejo En Preeclampsia Severa Lejos Del Término, Y Resultado Maternos Neonatales: Una Cohorte Historica Hospital Universitario San Jose, 2016. Popayan (Colombia). Revista Colombiana Obstetricia-Ginecologia, 26-35.

23. Magann, Evertt (1994). Postpartum Corticosteroids: Accelerated Recovery From The Síndrome Of Hemolysis. Elevated Liver Enzymes, And Low Platelet (Hellp), Am J. Obstetric Gynecology 4. 1994: 1154-1159.

ARTÍCULO ORIGINAL

Gestión académica y administrativa de los programas posgraduales de la Unidad de Posgrado, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica Universidad Mayor de San Andrés, cuarto trimestre 2020

Academic and administrative management of the postgraduate programs of the Postgraduate Unit, Faculty of Medicine, Nursing, Nutrition and Medical Technology Universidad Mayor de San Andrés, fourth quarter 2020

Larico-Laura Ivan William*

Alcazar-Espinoza Karina Luisa**

LLIW: Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2624-1975>

*Magister en Educación Superior, Magister en Medicina Forense, Médico Cirujano y Abogado de la Universidad Mayor de San Andrés

DOI: <https://doi.org/10.53287/gnnh4964xk71t>
ivanlarico@gmail.com

AEKL: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5279-8235>

**PhD. Ciencias y Humanidades, Docente de grado y postgrado dentro el Sistema de la Universidad Boliviana.

kluisa@hotmail.com

Recibido: 13/06/2022

Aceptado: 10/10/2022

RESUMEN

Se estudió la gestión académica y administrativa de 16 programas posgraduales según percepción de las autoridades académicas y el personal administrativo, aplicando trece variables de la Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia del CEUB. La investigación investigó el estado actual dentro el último trimestre de la gestión 2020. Fue de tipo transeccional descriptivo, no experimental en el que participaron seis autoridades académicas y 18 personas con contrato administrativo, todos respondieron una encuesta cuestionario aprobada. Los resultados determinaron la existencia de cinco variables equivalente al 38% en las que no existe percepción favorable, siendo: 1. Coordinador académico a tiempo completo, 2. Seguimiento de titulados o graduados de manera permanente, 3. Coordinador académico con experiencia y formación similar al programa regentado, 4. Seguimiento al número de admitidos y titulados por versión, y 5. Sistema de registro, transcripción, control y certificación de las calificaciones, mismas que menoscabaron el estado actual de la gestión a ocho variables equivalente al 62% con percepción favorable. Solamente dos variables relacionadas al seguimiento de los titulados o graduados son susceptibles de corrección interna, empero no así las otras tres debido a que se encuentran directamente relacionadas con normativa, autofinanciamiento, incompatibilidad de carga horaria, ley financiera y cumplimiento de reglamentación de Congreso. Las ocho variables favorables de la norma universitaria propenderían a la acreditación de los programas posgraduales estudiados y ejecutados en el cuarto trimestre de la gestión 2020, bajo cumplimiento de los requisitos mínimos de acreditación (RMA).

Palabras Clave: Gestión académica administrativa, percepción, posgrado.

ABSTRACT

The academic and administrative management of 16 postgraduate programs was studied according to the perception of the academic authorities and administrative staff, applying thirteen variables from the Guide for Evaluation and Accreditation of Postgraduate Programs in Bolivia - CEUB. The research investigated the current state within the last quarter of the 2020 administration. It was descriptive, non-experimental, in which six academic authorities and 18 people with administrative contracts participated, all of whom responded to an approved questionnaire survey. The results determined the existence of five variables equivalent to 38% in which there is no favorable perception, being: 1. Full-time academic coordinator, 2. Permanent monitoring of graduates, 3. Academic coordinator with similar experience and training to the managed program, 4. Monitoring the number of admitted and graduates by version, and 5. System of registration, transcription, control and certification of qualifications, which undermined the current state of management to eight variables equivalent to 62% with perception favorable. Only two variables related to the monitoring of graduates or graduates are susceptible to internal correction, but not the other three because they are directly related to regulations, self-financing, incompatibility of workload, financial law and compliance with Congress regulations. The eight favorable variables of the university norm would tend to the accreditation of the postgraduate programs studied and executed in the fourth quarter of the 2020 term, under compliance with the minimum accreditation requirements (RMA).

Key Words: Administrative academic management, Perception, Postgraduate.

INTRODUCCIÓN

Según afirma la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) la pertinencia, la calidad y la internacionalización, representan los tres aspectos claves que determinan la posición estratégica de la educación universitaria. La pertinencia constituye el fenómeno por medio del cual se establecen las múltiples relaciones entre la universidad y el encargo social, se refiere a su condición de pertenecer y corresponder a un determinado contexto concreto y específico¹.

Es importante el modelo de gestión académica y administrativo dentro de las universidades y los programas posgraduales ejecutados en la Unidad de Posgrado debido a su influencia sobre la calidad del servicio prestado y la percepción de respuesta a la demanda del entorno social, esta vinculación externa otorga credibilidad social a la universidad en la formación de cuarto nivel².

En la gestión académica y administrativa interviene no sólo el personal de servicios, sino a todos los participantes que de manera directa o indirecta son parte de la institución, el personal administrativo, el personal directivo, los docentes, los cursantes y la población, todos los sujetos participan de las acciones que involucra la gestión institucional^{3,4}.

La norma universitaria regula de manera estructural el modelo educativo aplicable en la gestión de la Unidad Posgradual sobre la base de principios, fines y objetivos que ordenan, regulan e integran las funciones sustantivas del Sistema de la Universidad Boliviana expresadas en estructuras; tanto para la parte normativa, organizacional, académica y curricular⁵.

La Unidad de Posgrado y los programas posgraduales aplican el modelo a través de instrumentos de gestión entre los cuales se refiere al Plan Estratégico de Desarrollo Institucional y el organigrama, mediante una gestión de dirección, gestión académica, gestión administrativa financiera, gestión de investigación y gestión de sistemas informáticos para la mejora de la producción^{6,7}. Esto obligó a estudiar el estado actual de la gestión académica y administrativa de los dieciséis programas ejecutados dentro del último trimestre de la gestión 2020, con la participación de autoridades académicas y personal administrativo de la Unidad de Posgrado con relación contractual vigente.

MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de estudio es cuantitativo de diseño transversal⁸. La muestra considera a 6 autoridades académicas y 18 personas con contrato administrativo.

La información se obtuvo de manera directa de las autoridades académicas y personas con contrato administrativo que forman parte de los 16 programas posgraduales que ofertó la Unidad (Cuadro N° 1), para ello se aplicó un instrumento de recolección de datos, una encuesta cuestionario con 13 preguntas que corresponden a los parámetros tomados de la Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia CEUB 20149. Cada pregunta atinge una variable cuya percepción con un porcentaje mayor al 50% fue considerado favorable al estado actual de la gestión académica y administrativa en la ejecución de los programas.

Para el análisis de los datos recolectados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 18, los resultados se expresaron en distribuciones de frecuencia y porcentajes en Cuadros y Figuras.

Cuadro N° 1. Distribución de los programas posgraduales en la Unidad de Posgrado, Facultad de Medicina - UMSA, último trimestre 2020

N°	Programas posgraduales
1.	Doctorado en Ciencias de la Educación Superior en Salud
2.	Doctorado en Ciencias de la Salud Pública
3.	Maestría en Medicina Forense
4.	Maestría en Salud Pública mención Epidemiología
5.	Maestría en Salud Pública mención Gerencia en Salud
6.	Maestría en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
7.	Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutrición
8.	Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoría Médica
9.	Especialidad en Enfermería Instrumentación Quirúrgica y Gestión en Central de Esterilización
10.	Especialidad en Alimentación y Nutrición Clínica
11.	Especialidad en Enfermería en Medicina Crítica y Terapia Intensiva
12.	Diplomado en Ciencias Forenses
13.	Diplomado en Psicopedagogía, Planificación, Evaluación y Gestión de la Educación Superior en Salud (PPEGESS) modalidad presencial y virtual
14.	Diplomado en Educación Superior Formación Basada en Competencias
15.	Diplomado en Emergencias y Urgencias Médicas
16.	Diplomado en Hemodiálisis y Gestión del Servicio de Nefrología en Enfermería

Fuente: Archivo UPG, resoluciones de programas aprobados en la Unidad de Posgrado FMEN, tercer trimestre 2020

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre los meses de octubre, noviembre y diciembre de la gestión 2020 se realizó el estudio para determinar el estado actual de la gestión académica administrativa en la ejecución de los programas posgraduales según la percepción de las autoridades académicas que regentan los programas y personal administrativo bajo contrato vigente de la Unidad de Posgrado, se consideró para la percepción trece variables del Área N° 3 Administración y Gestión Académica de la Guía de Evaluación Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia aprobado por el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB 2014), según Cuadro N° 2.

Los resultados determinaron, que para los sujetos de estudio no hubo percepción favorable en la gestión académica administrativa en la ejecución de los programas posgraduales de la Unidad de Posgrado, en **cinco** de las trece variables, siendo estos en orden creciente los siguientes:

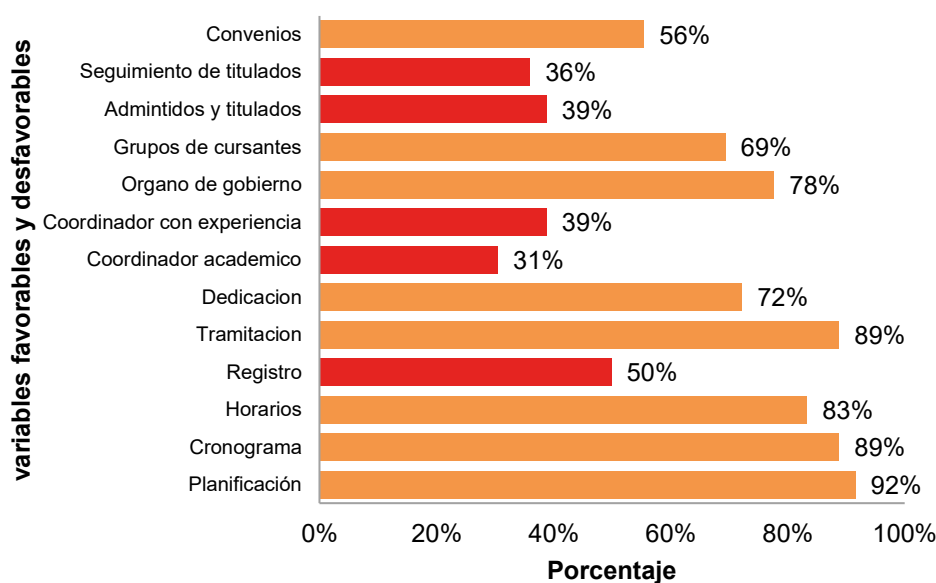
con el porcentaje más bajo 30,5% se evidenció la existencia en la gestión de un coordinador académico a tiempo completo designado por concurso; solamente el 36% percibió el seguimiento de titulados y/o graduados de manera permanente; con el 38,8% coincidió dos variables, la existencia en la gestión de un coordinador académico con experiencia y formación similar al programa que regenta, así como el seguimiento en la relación entre el número de admitidos y número de titulados por versión; finalmente el 49,9% de los sujetos de estudio percibió la existencia de un sistema de registro, transcripción, control y certificación de las calificaciones de manera confiable, segura y eficaz. Sin embargo, se logró evidenciar que para las autoridades académicas que regentaron los programas y el personal administrativo en funciones la percepción a las otras **ocho** variables fueron favorables respecto al total de trece variables tomadas de la Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia para el presente estudio, según se expresa en la Figura N° 1.

Cuadro N° 2. Distribución de porcentajes de las trece variables, respecto la percepción favorable de la gestión académica administrativa, según autoridades y personal administrativo Unidad de Posgrado, último trimestre 2020

	Gestión académica administrativa variables	porcentaje
1	Existencia de planificación, organización, coordinación, seguimiento y control para cumplir los objetivos de gestión	91,6%
2	Existencia de un calendario y cronograma que se cumple y evalúa periódicamente.	88,8%
3	Cumplimiento de los horarios y contenidos, dotación de material logístico de manera oportuna	83,3%
4	Existencia sistema de registro, transcripción, control y certificación de las calificaciones, confiable, segura y eficaz	49,9%
5	Existencia sistema de tramitación y extensión de los títulos, diplomas o certificados	88,8%
6	Gestión con un director a dedicación exclusiva designado por concurso.	72,2%
7	Gestión con un coordinador académico a tiempo completo designado por concurso	30,5%
8	Gestión con un coordinador con experiencia y formación similar al programa administrado.	38,8%
9	Existencia de órganos de gobierno en toma de decisiones, respeto de niveles y respuesta oportuna.	77,7%
10	Grupos de cursantes que no sobrepasan el número de 30 para todos los niveles	69,4%
11	Relación entre el número de admitidos y número de titulados en cada versión	38,8%
12	Seguimiento de titulados o graduados de manera permanente por programa	36,0%
13	Existencia de convenios interinstitucionales, que favorecen la contratación de los graduados	55,5%

Fuente: Encuesta Cuestionario 2022, gestión académica administrativa, tomado de la Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia, CEUB, 2014 p. 61-66

Figura N° 1. Distribución de porcentajes de las variables favorables y desfavorables, respecto la gestión académica administrativa, según autoridades y personal administrativo de la Unidad de Posgrado, último trimestre 2020



Fuente: Encuesta Cuestionario 2022, gestión académica administrativa, tomado de la Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia, CEUB, 2014 p. 61-66

DISCUSIÓN

A decir de Llanos M.¹⁰, la modernización de la Gestión en Docencia Universitaria establece el seguimiento de parámetros que permitan verificar el cumplimiento del proceso educativo bajo indicadores, estos favorecen la autoevaluación de programas educativos, empero en su estudio encontró un bajo desempeño de gestión en los indicadores de seguimiento a la reprobación, la deserción y titulación oportuna afectando los procesos de acreditación del programa, aspecto que coincide a dos variables del presente estudio como son, el seguimiento a los titulados o graduados de manera permanente expresado en el índice de titulación que es la la relación entre el número de admitidos y número de titulados por versión, ambos parámetros fueron de percepción desfavorable, ya que no son acciones rutinarias realizadas por las coordinadores académicos ni los responsables administrativos de turno, en el entendido que el vinculo cursante – posgrado termina a la conclusión de la malla curricular, siendo que esto desfavorece el ajuste curricular de módulos y asignaturas que requiere la oferta posgradual siguiente¹¹.

Las otras dos variables desfavorables fueron la inexistencia de un coordinador académico a tiempo completo designado por concurso y que el mismo tenga la suficiente experiencia y formación similar al programa que regenta, estas variables guardan relación directa con la estructura normativa de la universidad, siendo que el Reglamento de Posgrado de la Universidad Mayor de San Andrés¹², establece el principio de autofinanciamiento de los programas de posgrado y la incompatibilidad de la carga horaria para los docentes titulares que pretenden regentar un programa, por ello en la praxis se aplica el medio tiempo y se agrupan de manera integral las coordinaciones académicas a fin de garantizar la auto sostenibilidad del posgrado en un contexto de restricciones a causa de la Ley Financial, ante estas dificultades como lo propuso Romillo A. y Castanedo^{13,14}, la gestión académica administrativa debe integrar áreas claves como ser la reconsideración normativa de las restricciones al desarrollo integral, el análisis crítico del contexto institucional así como el contexto social y sobre todo definir un modelo de dirección estratégica de la organización, triada que en su experiencia permitió

la acreditación de esa universidad el año 2016 y por ende una importante contribución a la gestión institucional.

Además existe una teoría estructuralista del modelo de gestión actual en la ejecución de los programas posgraduales de la Unidad de Posgrado, la cual cuenta con respaldo normativo¹⁵, el cual se considera soporte sustantivo de las acciones y trámites rutinarios incluido el manejo del Sistema de Evaluación y el manejo de las calificaciones, partes fundamentales de cualquier modelo de gestión educativa¹⁶, empero el mismo para la mayoría de los sujetos en el presente estudio no es confiable, segura y eficaz debido a que el registro, transcripción, control y certificación de las calificaciones sufre procesos burocráticos propios del modelo establecido dentro la universidad¹⁷.

Sin embargo según el estudio, el estado actual de la gestión académica y administrativa de los programas posgraduales de la Unidad de Posgrado ejecutados en el tercer trimestre de la gestión 2020 cuentan con la mayoría de variables y parámetros que favorecerían una autoevaluación positiva en los programas objeto de estudio, las ocho variables favorables se enmarcan dentro las exigencias de la Guía de Evaluación Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia aprobado por el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB 2014) y se constituyen en un potencial de la gestión institucional en el personal directivo, docente y administrativo como lo estableció Bustos E. el 2019¹⁸ y Oseda G. el 2020¹⁹.

CONCLUSIONES

Según las variables del área gestión académica y administrativa de la Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia, en el presente estudio se demostró la existencia de cinco variables desfavorables según percepción de las autoridades académicas que regentan los programas y personal administrativo que participaron del estudio, de las cuales dos guardan relación directa con el seguimiento a los titulados o graduados, así como seguimiento a la relación entre el número de admitidos y número de titulados por versión, siendo estas acciones no rutinarias del personal responsable, empero susceptibles de

autotutela y corrección al interior de esta Unidad.

Las otras tres variables tienen base normativa que restringe su corrección interna, como es la existencia de un coordinador académico a tiempo completo y que el mismo tenga la suficiente experiencia y formación similar al programa que regenta, en la misma línea el registro, transcripción, control y certificación de las calificaciones ya que guardan procedimientos normativos vigentes propios del trámite institucional, estas tres variables responden a los principios de autofinanciamiento del posgrado,

incompatibilidad horaria, sujeción a la Ley Financiera y cumplimiento de la estructura normativa aprobada en Congreso de Universidades^{20,21}.

Por otro lado, de mejor perspectiva en el estudio también se demostró que las ocho variables favorables enmarcadas dentro las exigencias de la Guía de Evaluación Guía de Evaluación y Acreditación de Programas de Posgrado en Bolivia, favorecerían una acreditación de los programas objeto de estudio, previo cumplimiento de los requisitos mínimos de acreditación (RMA).

REFERENCIAS

1. Juca F. La educación a distancia, una necesidad para la formación de los profesionales. Universidad y Sociedad. 2016 Abril; 8(1).
2. Mita Arancibia E, Rivas Barrios , Ordoñez A. Modelo de Gestión Educativa para la Carrera de Ingeniería Comercial de la Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. [Online].; 2016 [cited 2019 septiembre 27]. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2521-27372016000200004&lng=es&nrm=iso.
3. Navarro, Y. Una mirada a la planificación estratégica curricular. Revista de Estudios Interdisciplinarios. 2010; 12(2).
4. Mora D. Objeto e importancia de la gestión educativa. Revista Integra Educativa, 2(3). [Online].; 2009 [cited 2019 septiembre 27]. Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1997-40432009000300001&lng=es&tlng=es.
5. Sistema de la Universidad Boliviana. Modelo Académico del Sistema de la Universidad Boliviana. Primera ed. Boliviana CEIU, editor. La Paz: Imprenta del CEUB; 2015.
6. Honorable Consejo Universitario. Plan Estratégico de Desarrollo Institucional. In Medicina Fd, editor. Documentos Institucionales. Primera ed. La Paz, Bolivia: Beltrán Asociados; 2019. p. 89-141
7. Valles-Coral M. Modelo de gestión de la investigación para incrementar la producción científica de los docentes universitarios del Perú. RIDI [Internet]. 15ago.2019 [citado 18nov.2020]; 10(1):67-8. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/investigacion_uitama/article/view/10012
8. Hernandez Sampieri R. Metodología de la Investigación. Sexta ed. McGraw-Hill/Interamericana , editor. Mexico: Impresiones Comerciales S.A.C.; 2014
9. Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana. Reglamento General de Evaluación y Acreditación de Carreras y/o Programas. Primera ed. La Paz, Bolivia: Imprenta del CEUB; 2014.
10. Llanos M, Martínez A. Diseño e Implementación de un Modelo de Gestión en Docencia Universitaria: [Internet]. 2018; Caso Carreras de Ingeniería de la Universidad Arturo Prat, Chile. [Internet]. 2018; Formación universitaria, 11(6):3-16. Available from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062018000600003>

11. Volante P. et al. Hacia una teoría de acción en Gestión Curricular: Estudio de caso de enseñanza secundaria en matemáticas. *Psico perspectivas*, Valparaíso Chile, V.14, (2) p. 96-108, [Internet]. 2015 [citado el 16 jun. 2021]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242015000200010&lng=es&nrm=iso
12. Honorable Consejo Universitario. Reglamento de Postgrado. In Andrés UMdS, editor. *Reglamentos y Normas Universitarias*. Tercera ed. La Paz: Nor Chichas; 2005. p. 118-128
13. Romillo A, Polaino C. Aplicación del Modelo de Gestión Pirámide de Desarrollo Universitario de la Universidad de Otavalo: *Revista Formación universitaria*, [Online] 2019; 12 (1), 3-12; [cited 2020 noviembre 2021]. Available from: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000100003>
14. Castanedo A. Modelo conceptual descriptivo para ejecutar una eficaz gestión por procesos, con garantía de calidad, en la Universidad del siglo XXI. *Revista Cubana de Educación Superior*, [Online] 2016; 38 (2), e11. [cited 2020 septiembre 18]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142019000200011&lng=es&tlng=es
15. Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana. *Reglamentos del Sistema Nacional de Estudios de Posgrado de la Universidad Boliviana*. Primera ed. Universidades XCNd, editor. La Paz, Bolivia: Imprenta del CEUB; 2015
16. Lolas, F., Sobre los modelos de gestión universitaria. ISSN-e 0717-4004, *Revista Calidad en la Educación*, (24) 37-45, Chile, 2006.
17. Honorable Consejo Universitario. *Documentos Institucionales*. Primera ed. Unidad de Posgrado FdMU, editor. La Paz: Beltrán Asociados; 2019.
18. Bustos E, Cerecedo M, García M. Modelo de gestión de conocimiento para el desarrollo de posgrado: estudio de caso. *Revista electrónica de investigación educativa*, [Online] 2019; 18(1), 128-139. [cited 2020 noviembre 19]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412016000100009&lng=es&tlng=es
19. Oseda D, Mendivel G, Ruth K, & Durán A. Potencial de innovación y gestión institucional en la Universidad Nacional de Cañete - Perú. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, [Online] 2017; (28), 207-236. Available from: <https://doi.org/10.17163/soph.n28.2020.08>
20. XII Congreso Nacional de Universidades. *Documentos*. Primera ed. Boliviana CEIU, editor. La Paz: Imprenta del CEUB; 2014
21. Sistema de la Universidad Boliviana. *Modelo Académico del Sistema de la Universidad Boliviana*. Primera ed. Boliviana CEIU, editor. La Paz: Imprenta del CEUB; 2015

ARTÍCULO ORIGINAL

Factores demográficos asociados a fluorosis dental en niños y adolescentes en el departamento de La Paz

Demographic factors associated with dental fluorosis in children and adolescents in the department of La Paz

Ugarte-Cabo Juan Luis*

Mendoza-Huaylla Victor Orlando**

UCJL Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3170-4476>

*Docente Facultad de Odontología Universidad Mayor de San Andrés.

DOI: <https://doi.org/10.53287/sagx1157px76g>

toracari@hotmail.com

MHVO: Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5924-6019>

**Docente Facultad de Odontología Universidad Mayor de San Andrés.

mendoza20@gmail.com

Recibido: 22/02/2022

Aceptado: 17/10/2022

RESUMEN

La ingesta de flúor por períodos prolongados durante la formación del esmalte produce fluorosis dental.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo es determinar factores demográficos asociados a fluorosis dental en niños y adolescentes en el departamento de La Paz.

Material y Método. El estudio es transversal analítico, los participantes fueron 1393 estudiantes que fueron seleccionados aleatoriamente para ello se tomaron en cuenta 36 unidades educativas de 7 regiones del departamento de La Paz. Se realizó un levantamiento epidemiológico aplicando el índice de Dean.

Resultados. La prevalencia de fluorosis dental fue del 13,6% (188), los más afectados fueron los adolescentes con un 10,7% (149), el sexo femenino tenía una prevalencia de 7,4% (103). Un 8% (112) de fluorosis dental se observó en el área rural. Según severidad, con 8 % (113) fue fluorosis discutible, muy leve 4% (51), leve 1,3% (18), moderada 0,4% (5) y severa se observó en un estudiante. Se observa una asociación estadísticamente significativa ($p=0,000$) entre edad y fluorosis dental.

Conclusión. La fluorosis dental se considera como un problema estético y el controlarlo es una medida preventiva muy buena.

Palabras Clave: Fluorosis dental, Índice de Dean, Fluor.

ABSTRACT

The ingestion of fluoride for prolonged periods during enamel formation produces dental fluorosis

Objective. The objective of this study was to determine demographic factors associated with dental fluorosis in children and adolescents in the La Paz department.

Material and Methods. The study is an analytical cross-sectional study, the participants were 1393 students who were randomly selected from 36 educational units of 7 regions of the La Paz department. An epidemiological survey was carried out by applying the Dean index.

Results. The prevalence of dental fluorosis was 13.6% (188), the most affected were adolescents with 10.7% (149), and the female sex had a prevalence of 7.4% (103). Eight percent (112) of dental fluorosis was observed in rural areas. According to severity, with 8 % (113) was debatable fluorosis, very mild 4% (51), mild 1.3% (18), moderate 0.4% (5) and severe was observed in one student. A statistically significant association ($p=0.000$) was observed between age and dental fluorosis.

Conclusion. Dental fluorosis is considered an esthetic problem and controlling it is a very good preventive measure.

Key Words: Dental fluorosis, Dean Index, Fluorine

INTRODUCCIÓN

La ingesta excesiva de flúor por períodos prolongados durante la formación del esmalte produce una serie de cambios clínicos en la superficie de la pieza dentaria conocida como fluorosis dental¹. Este problema de salud pública² viene incrementándose a nivel mundial a consecuencia de las diferentes formas de administración para prevenir la caries dental, tanto tópica como sistémicamente³.

Estudios demuestran que existen asociaciones entre la aplicación tópica del flúor en cavidad bucal para la prevención de caries dental, cepillado dental, el consumo de té, jugos, bebidas gaseosas embotelladas y área de residencia con algún tipo de fluorosis dental^{4,5}.

Según el Índice Dean la fluorosis dental se clasifica en: a) Normal: la superficie del esmalte es brillante de color blanco-crema pálido. b) Dudoso: la superficie del esmalte presenta alteraciones de la translucidez normal, que puede variar entre puntos y manchas de color blancos, incluso puede parecer una simple descalcificación. c) Muy leve: el esmalte presenta pequeñas zonas blancas opacas dispersas irregularmente en el diente, pero que afectan al 25 % de la superficie dental. d) Leve: el esmalte presenta zonas opacas de color blanco, la afección es mayor al 25 %, pero menor de 50 % de la superficie del diente. e) Moderada: la superficie del esmalte muestra un marcado desgaste y un color marrón. f) Severa: la superficie del esmalte está muy afectada, existe hipoplasia, fosas discontinuas o concluyentes, las manchas marrones esta extendidas y las piezas dentarias tienen la apariencia de corrosión^{6,7}.

El límite máximo de concentración de fluoruro que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) es de 1 ppm, aunque dicho valor depende de las características de cada lugar⁴.

Un estudio en México en el pueblo de la Delegación de Tláhuac muestra que la ingesta excesiva de

fluoruros por vía del agua potable (0.44 y 1.28 ppm), representa un riesgo para la salud pública, pues existe un aumento de nuevos casos de fluorosis dental en la población infantil⁵.

En Ecuador – Cuenca, la prevalencia de fluorosis dental fue mayor en el área rural que en la urbana (80,7% versus 74%). Según el Índice de Dean, la fluorosis moderada y severa tuvieron porcentajes más elevados en el área rural que en la urbana (de 4,2% a 23% versus 0,4% a 4,1%), respectivamente. El estudio sugiere que los niños de escuelas rurales tienen más riesgo de fluorosis⁶.

En Bolivia, un estudio en localidades de aguas termales ubicadas en las cercanías de la ciudad de Potosí – Bolivia (Tarapaya, Miraflores, Chaqui y Don Diego), se estableció fluorosis dental en dentición permanente hasta el grado severo (6,5%) y en dientes temporales hasta el grado muy leve (1,6%), se recomienda el estudio de análisis químico de flúor en aguas en todas sus fuentes⁷.

Visto los antecedentes y la falta de información en el departamento de La Paz, se realizó el presente estudio con el objetivo de determinar los factores demográficos asociados a fluorosis dental en niños y adolescentes en el departamento de La Paz.

MATERIAL Y METODOS

El estudio es transversal analítico, realizado en 1393 niños y adolescentes entre 6,12 y 15 años de edad seleccionados aleatoriamente, estas edades son recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para realizar estudios epidemiológicos comparativos⁸.

La selección de unidades educativas (UE) se realizó de forma aleatoria en cada Municipio perteneciente a las 7 regiones del departamento de La Paz (Altiplano norte, Altiplano Sur, Amazónica, Metropolitana, Valle interandino Norte, Valle interandino sur y Yungas), llegando a un total de 36 UE (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1. Municipios seleccionados según regiones del departamento de La Paz, 2019

Región Altiplano norte	Región Altiplano sur	Región Amazónica	Región Metropoli- tana	Región Valle interandino norte	Región Valle interandino sur	Región Yungas
Andrés de Machaca	Ayo Ayo	Ixiamas	Achocalla	Ayata	Ichoca	La Asunta
Batallas	Calamarca	San Buena Ventura	El Alto	Cajuata	Quime	Palos Blancos
Copacabana	Caquiaviri		La Paz	Chuma	Sapahaqui	
Huarina	Collana		Mecapaca	Tacacoma		
Huatajata	Colquencha		Palca			
Pucarani	Comanche		Viacha			
Puerto Carabuco	Coro Coro					
San Pedro de Tiquina	Sica Sica					
Taraco	Umala					
Tihuanaco						

Las unidades de estudio y análisis también se seleccionaron de manera aleatoria, se obtuvo con el cálculo de proporción de una población absoluta específica y un error alfa de 0.5 % y un límite de confianza de 95 %, este estimador se decidió teniendo en cuenta que no se tenía información actualizada respecto a fluorosis dental.

En el departamento de La Paz se considera región al territorio que constituye una unidad homogénea con características propias tanto históricas, políticas, geográficas, climáticas, culturales, lingüísticas o de otro tipo. Posteriormente a las 7 regiones se los clasifiqué en zonas geográficas de residencia de los escolares, los cuales son el Urbano y Rural.

Los criterios de inclusión fueron: estudiantes que comprendían las edades de 6 a 15 años de edad de ambos sexos residentes en su respectiva región. Todos ellos presentan piezas dentarias completamente erupcionadas, excluyéndose a los estudiantes con alguna malformación congénita que afecte cavidad bucal.

Antes del levantamiento epidemiológico, a todos los padres, profesores o tutores de los estudiantes se les informó sobre el trabajo y se les pidió el consentimiento informado.

Los 6 investigadores que previamente fueron calibrados realizaron la inspección directa con un espejo bucal y un baja lenguas, la iluminación fue dada por un frontoluz led (Energizer) y se registró fluorosis y su severidad de acuerdo a la escala de Dean. (normal, dudoso, muy, leve, moderada y severo).

Para el análisis estadístico empleamos el paquete estadístico SPSS v. 22, realizándose estadística descriptiva y analítica con la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado de Pearson en datos dicotomizados para determinar algún tipo de asociación entre fluorosis dental y una variable demográfica.

RESULTADOS

De los 1393 participantes 39% (546) correspondía grupo etario niños, un 61% (847) adolescentes. Unos 698 (50%) eran del sexo masculino y 695 (50%) fueron del sexo femenino. La mayoría de los participantes residían en el área urbana con un 47%. Según la severidad un 4% presento cambios de coloración en esmalte inferiores al 25% de la superficie dentaria (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2. Factores demográficos de los participantes

Factor demográfico	f	%
Grupo etario		
Niños	546	39,2
Adolescente	847	60,8
Sexo		
Masculino	698	50,1
Femenino	695	49,9
Lugar de residencia		
Urbana	650	46,7
Rural	743	53,3
Severidad de fluorosis		
Normal	1205	86,5
Discutible	113	8,1
Muy leve	51	3,7
Leve	18	1,3
Moderada	5	0,4
Severa	1	0,1

En el cuadro N° 3 se observa que, los niños muestran una asociación significativa con la fluorosis dental ($p=0,000$). Con las variables sexo y lugar de residencia no se encontró dicha asociación.

Cuadro N° 3. Fluorosis dental asociado con factores demográficos

Factor demográfico	Fluorosis				P
	Si		No		
	f	%	f	%	
Grupo etario					
Niño	39	2,8	507	36,4	0,000
Adolescente	149	10,7	698	50,1	
Sexo					
Masculino	85	6,1	613	44	0,149
Femenino	103	7,4	592	42,5	
Lugar de Residencia					
Urbano	76	5,5	574	41,2	0,065
Rural	112	8	631	45,3	

En el Cuadro N° 4 se observa que, los niños muestran una asociación significativa con la severidad de fluorosis dental ($p=0,000$). De igual manera los otros factores como sexo, residencia no presentan asociación significativa con la severidad de fluorosis dental.

Cuadro N° 4. Severidad de Fluorosis dental asociado con factores demográficos

Factor demográfico	Severidad de la fluorosis dental														p
	Normal		Discutible		Muy leve		Leve		Moderada		Severa		Total		
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Grupo etario															
Niños	507	36,4	25	1,8	14	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	546	39	0,000
Adolescentes	698	50,1	88	6,3	37	2,7	18	1,3	5	0,4	1	0,1	847	61	
Sexo															
Masculino	613	44,0	49	3,5	28	2,0	6	0,4	2	0,1	0	0,0	698	50	0,302
Femenino	592	42,5	64	4,6	23	1,7	12	0,9	3	0,2	1	0,1	695	50	
Residencia															
Urbano	574	41,2	46	3,3	20	1,4	5	0,4	4	0,3	1	0,1	650	47	0,100
Rural	631	45,3	67	4,8	31	2,2	13	0,9	1	0,1	0	0,0	743	53	

DISCUSIÓN

En el estudio se observó que del total de participantes (1393) el 14% presentaba algún tipo de fluorosis dental, el grupo etario más afectado fueron a los adolescentes con un 11%. Pero el grupo etario de niños es el que presento asociación significativa con fluorosis dental. Respecto a la variable sexo y lugar de residencia no existió asociación.

Según la severidad, en los 188 estudiantes la prevalencia fue la siguiente: Discutible con un 8,1%, muy leve con 3.7%, leve con 1,3%, moderado con 0,4% y un estudiante con fluorosis severa.

En otro estudio similar que se desarrolló en Perú se observa que la prevalencia de fluorosis dental es muy alta con un 44.8%, siendo los más afectados los adolescentes con un 15.1%, en nuestro estudio también los adolescentes fueron los más afectados. En ese estudio se observó la asociación significativa entre fluorosis dental y la aplicación de flúor tópico⁹.

En Ecuador – Imbabura, la prevalencia de la fluorosis dental también fue muy alta con un 81,4%. Según severidad, la muy leve fue la más frecuente en un 32,6%. En nuestro estudio también la fluorosis muy leve fue la más alta. Al relacionar las variables establecidas en la encuesta y la presencia de fluorosis se encontró asociación entre el consumo de bebidas envasadas y cantidad de dentífrico usado para prevenir la caries dental¹⁰.

En Colombia – Villavicencio se observó que, en niños de 8 a 12 años, la prevalencia de fluorosis dental fue de 65,8% también fue mayor en comparación a nuestro estudio. El sexo más afectado fue el masculino que presentó una prevalencia del 51,3%. Se encontró asociación estadística entre lugar de residencia, la zona urbana fue la más afectada con una prevalencia de 70,8%. La severidad de fluorosis que se observó fue de leve y moderada¹¹. En nuestro estudio no se encontró asociación estadística entre lugar de residencia y fluorosis dental¹².

Comparando los estudios anteriores con el nuestro, observamos que la prevalencia de fluorosis dental en las 7 regiones del departamento de La Paz es inferior. Tampoco se encontró asociaciones estadísticas con los otros factores de estudio como sexo y lugar de residencia.

Para poder buscar causalidad recomendamos otros estudios que incluyan otras variables como el consumo de tipos de alimentos, análisis químico de flúor en aguas en todas las fuentes y otros factores, porque en un estudio en Chaqui Potosi - Bolivia encontraron fluorosis dental severa en la población que consume aguas termales⁷.

La fluorosis dental se considera como un problema estético y el controlarlo es una medida preventiva muy buena.

REFERENCIAS

1. se López Larquin N, th ZaragozÍ Rubio E, es González Vale L. Efectos de la ingestión prolongada de altas concentraciones de fluoruros. 16 De Abril. 2016;54(260):83–94.
2. Hidalgo-Gato I, Duque de Estrada RJ, Mayor HF, Zamora DJ . Fluorosis dental: no solo un problema estético. Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas. 2007; 1-12
3. Martínez MSR, Vélez E, Robalino AEC, Mena P. Factores asociados a fluorosis dental en niños de 10 a 12 años del cantón Pimampiro, provincia de Imbabura, Ecuador 2016-2017. M S. 2019;(30):8.
4. WHO O. Fluoride in Drinking-water Back ground Document. Guidelines for drinking-water quality. 2006;1–9.
5. Galicia Chacón L, Molina Frechero N, Oropeza Oropeza A, Gaona E, Juárez López L. Análisis de la concentración de fluoruro en agua potable de la delegación Tláhuac, Ciudad de México. Revista Internacional de Contaminacion Ambiental. 2011;27(4):283–9.
6. Parra J, Astudillo D, Cedillo N, Ordoñez G, Sempértegui F. Fluorosis dental: Prevalencia, grados de severidad y factores de riesgo en niños de 7 a 13 años del Cantón Cuenca. Maskana. 2012;3(1):41–9.
7. Soza Gonzáles S, Soza Gonzáles P, Soza Gonzáles O. Relación de caries dental y fluorosis en escolares de cuatro localidades termales del departamento de Potosí-Bolivia. Odontol pediatri (Lima). 2012;11(1):27–39.
8. Basic methods. Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems. 2011;651:43–56.
9. Nacional U, San MDE, Odontología EAPDE. Prevalencia y niveles de fluorosis dental en adolescentes de 12 a 15 años de Instituciones Educativas Estatales del distrito de Carmen de la Legua de la Provincia Constitucional del Callao en el año 2015 Para obtener el título Profesional de Cirujana Dent. 2015;
10. Rivera M, Vélez E, Carrera A, Mena P, Armas A. Factores asociados a fluorosis dental en niños de 10 a 12 años del cantón Pimampiro, provincia de Imbabura, Ecuador 2016-2017. Odontología Vital. 2019;30:51–8.
11. Ángela R, Scarpetta G, Rivera AB, Patricia C, Avellaneda R, Eduardo J, et al. Prevalencia De Fluorosis Dental En Infantes De 8 a 12 Años De Colegios Públicos, Villavicencio 2013. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2014;19(1):25–38.
12. Sánchez H, Parra JH, Cardona D. Fluorosis dental en escolares del departamento de Caldas, Colombia. Biomédica. 2005;25(1):46.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Modelos de medición de la calidad de atención en salud

Health care quality measurement models

Alejo-Pocoma Jimmy Leonardo*
Arias-Uriona Ana Maria**

APJL: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7314-2462>

*Médico Cirujano, Magister en Salud Pública mención Epidemiología-Docente Investigador del IINSAD

DOI: <https://doi.org/10.53287/vfwa5376jn37k>

jimmyalejo77@gmail.com

AUAM: Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4077-8290>

** Licenciada en Medicina PhD en Dinámica de la Salud y del Bienestar PhD en Dinámica de la Salud y Protección Social con mención en Ciencias Sociales, Máster en Salud Pública y Gestión Sanitaria, Máster en Salud Pública con especialización en métodos avanzados en investigación cuantitativa en Salud.

amfau79@gmail.com

Recibido: 04/05/2022

Aceptado: 03/10/2022

RESUMEN

Una aproximación para medir el nivel de atención expresada en la calidad de servicio que se presta al paciente en los establecimientos de salud está referida al uso de modelos de medición, que en este artículo se describen desde la propuesta por Donabedian basado en la teoría general de sistemas evaluando estructura, proceso y resultado, pasando a segundo plano la percepción del paciente. Este modelo contrasta con el modelo Nórdico que enfatiza la imagen corporativa, con un balance entre el servicio esperado y la percepción del servicio, basado en el paradigma de la desconfirmación al igual que el modelo presentado por Nguyen. En esta última línea paradigmática se encuentra el modelo más notorio, SERVQUAL que contrasta las expectativas y la percepción del usuario de un servicio identificando brechas en base a las 5 dimensiones propuestas fiabilidad, seguridad, elementos tangibles, capacidad de respuesta, y la empatía, posteriormente basado en este modelo se propone el modelo SERVPERF, basada exclusivamente en la valoración de las percepciones. Posteriormente, se describen el modelo de Desempeño Evaluado que surge como un modelo alternativo al SERVQUAL sustituyendo las expectativas por el concepto de "punto ideal"; el Modelo Jerárquico Multidimensional que desarrolla una solución tridimensional para completar la modelización de la calidad de servicio. De igual manera el modelo multietapa de valoraciones de la calidad que identifica la desconformidad que existe las expectativas del cliente en relación al servicio y las percepciones de las características por niveles de componente.

Palabras Clave: Calidad de Atención, Modelo de medición, Expectativa, Percepción

ABSTRACT

One approach to measuring the level of care expressed in the quality of service provided to the patient in health facilities is referred to as the use of measurement models described in this paper starting with the one proposed by Donabedian based on the general theory of systems evaluating structure, process and outcome, with the patient's perception taking second place. In contrast, the Nordic model emphasizes the corporate image, with a balance between the expected service and the perception of the service, based on the paradigm of disconfirmation as well as the model presented by Nguyen. In this paradigmatic line the most notorious model, SERVQUAL, contrasts the expectations and the user's perception of a service identifying gaps based on the 5 proposed dimensions reliability, security, tangible elements, responsiveness, and empathy, later based on this model the SERVPERF model is proposed, based exclusively on the valuation of perceptions. In addition, the Evaluated Performance model, which emerges as an alternative model to SERVQUAL, replaces expectations with the concept of "ideal point". And the Multidimensional Hierarchical Model develops a three-dimensional solution to complete the modeling of service quality, as well as the multi-stage model of quality assessments that identifies the non-conformity that exists between customer expectations in relation to the service and the perceptions of the characteristics by component levels.

Key Words: Quality of Service, Measurement Model, Expectation, Perception

INTRODUCCIÓN

Concretar una medición de la satisfacción del paciente o usuario externo, en términos gerenciales, tiene diversas aristas y siempre debe comprenderse desde distintas teorías. De acuerdo a la OM¹, “la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para individuos y poblaciones de la salud son coherentes con los conocimientos profesionales actuales”. Esta definición implica que la calidad de la atención puede medirse y está orientada a mejorar la salud y no únicamente los servicios o el perfeccionamiento de los procesos del sistema, y debe reflejar los deseos de las principales partes interesadas, incluidos los usuarios de los servicios y las comunidades. Según Álvarez², basado en la concepción de Donabedian³, “La calidad en los servicios de salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos con el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención”.

Al incluir los servicios sanitarios en general, esta definición de calidad asistencial abarca tanto la atención curativa como la preventiva, y la atención en centros y en la comunidad para individuos y poblaciones. Este alcance es especialmente importante en los países que se enfrentan a una carga creciente de enfermedades no transmisibles y cuyos sistemas de salud deben prestar servicios a lo largo de toda la vida, incluyendo de la vida, incluida la reducción de riesgos, el cribado, la gestión de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La atención sanitaria de alta calidad es la atención adecuada, en el momento adecuado, de forma coordinada, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios, al tiempo que se minimizan los daños y el desperdicio de recursos. La atención sanitaria de alta calidad

tiene por objeto, en última instancia, aumentar la probabilidad de obtener los resultados sanitarios deseados. La búsqueda de una atención sanitaria de alta calidad reconoce que esa mejora es un proceso continuo o dinámico, y no estático. Independientemente del nivel de ingresos de un país, si hay margen para mejorar los resultados sanitarios, la calidad de la atención también puede aumentar.

El propósito de este artículo es sistematizar los modelos de medición de la calidad en salud, con una revisión de las bases teóricas que las sustentan y evidenciar cuáles son y se adaptan al ámbito de la salud. La revisión narrativa de la literatura se centró en investigaciones publicadas en el periodo 2010-2022. Otras revisiones similares sobre el tema anteriores a este período y publicadas en revistas académicas, se incluyen otras publicaciones fuera del periodo temporal de revisión. En la revisión no se enfocó en estudio de la región, se tuvo amplitud al respecto.

El presente artículo inicia con una descripción de elementos de la calidad de atención en salud, para posteriormente detallar los modelos existentes para medir calidad de atención, así como el fundamento teórico.

ELEMENTOS DE LA CALIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD

Se han descrito múltiples elementos de calidad, cada vez se reconoce más que los servicios sanitarios de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y centrados en las personas. Además, para obtener los beneficios de una atención sanitaria de calidad, los servicios sanitarios deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes. A continuación describen algunos de los elementos^{4,5}.

- Eficaz, atención basada en el conocimiento científico y en las directrices basadas en la evidencia, siguiendo un proceso sistemático para llegar a un plan de plan de tratamiento integrado entre los distintos proveedores que la atienden.

- Segura, minimizando los daños, incluidas las lesiones evitables y los errores médicos, para el paciente.
- Centrada en las personas, es decir, respeta y responde a sus preferencias, necesidades y valores.
- Oportuna, es decir, mantendría los retrasos en de la prestación y la recepción de los servicios.
- Equitativa, por lo que la calidad de la atención que recibe no varía en función de características personales como raza, etnia, ubicación geográfica y situación socioeconómica.
- Integrada, por lo que se coordinaría la atención que recibe en los distintos centros y proveedores.
- Eficientes y, por lo tanto, evitan el desperdicio de recursos, incluyendo equipos, medicamentos, energía e ideas.

MODELOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO

Desde la perspectiva de la percepción y de los modelos de evaluación, el modelo SERVQUAL (SQ) de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988) y SERVPERF de Cronin y Taylor (1994) son los más comunes y utilizados. Sin embargo, se pudo establecer a través de la revisión bibliográfica que estos dos modelos presentan vacíos que no se han resuelto; si bien es cierto que han sido probadas con cierto grado de éxito, no necesariamente pueden aplicarse a todos los contextos (Annamdevula y Shekhar, 2012). A continuación, se detallan los modelos desarrollados para la medición de la calidad de servicio.

MODELO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE AVEDIS DONABEDIAN

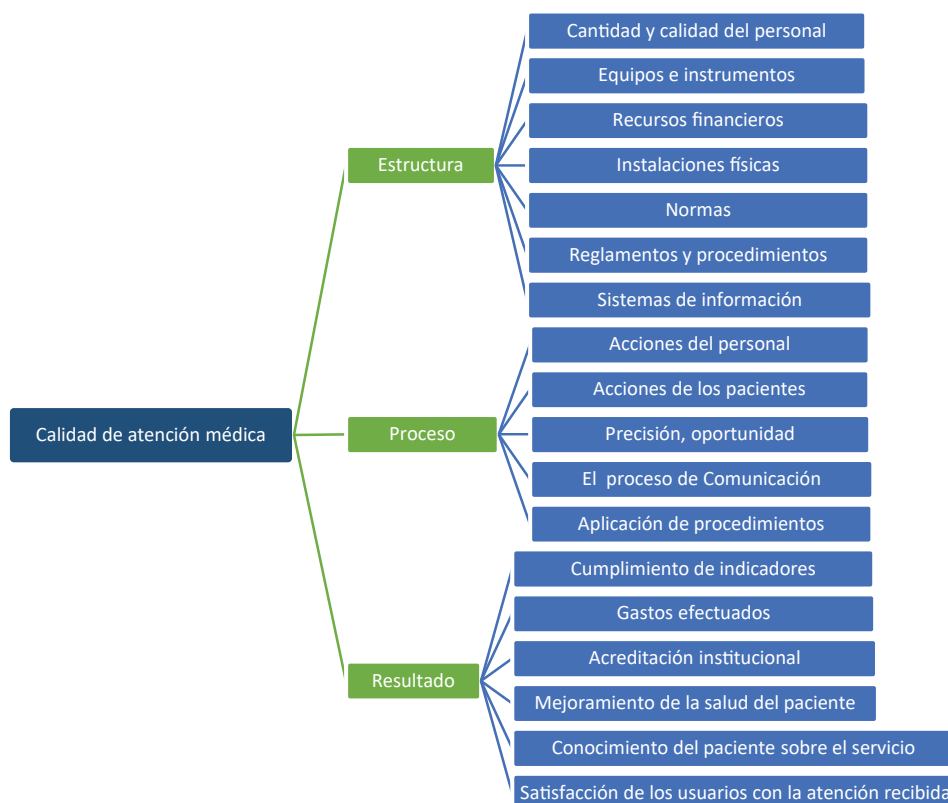
Este modelo propuesto por el Dr. Avedis Donabedian en 1966, siendo una aporte fundamental al estudio de la calidad en el ámbito de la salud con un carácter multifactorial, donde la calidad es una propiedad de o un juicio sobre la unidad definible de la atención

técnica e interpersonal⁶. Enfocado a la evaluación de la calidad en los servicios de salud en base a tres dimensiones estructura, proceso y resultado, basado en la teoría general de sistemas.

La dimensión estructura refiere a los atributos materiales y organizacionales, además de los recursos humanos y financieros disponibles del sistema asistencial, que son necesarios para proporcionar atención médica en el sitio en el que tiene lugar el proceso de la atención médica; se supone que es más probable que se proporcione buena atención cuando los sitios son adecuados^{6,7}.

La segunda dimensión proceso relacionado al tratamiento de los pacientes es decir la capacidad de los proveedores, en este caso médicos, para con los pacientes, evaluándose las actitudes, habilidades, destreza y técnica^{3,7}. Traducido en la idoneidad, integridad y redundancia de la información obtenida a través de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de diagnóstico; justificación del diagnóstico y la terapia; competencia técnica en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluida la cirugía; evidencia de manejo preventivo en salud y enfermedad; coordinación y continuidad de la atención; aceptabilidad de la atención por parte del receptor⁸. La dimensión resultado es lo que se consigue, normalmente traducido en una mejora en la salud, en términos de recuperación, restauración de la función y supervivencia, aunque también en la actitud, los conocimientos y en la conducta adoptada para una salud futura⁹.

Donabedian procura aclarar que este análisis de proceso y resultados no significa una separación entre medios y fines, sino una "cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines"; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo¹⁰. La característica de este modelo es que se enfoca de gran manera en el personal de salud evaluando su competencia minimizando la percepción de los pacientes.

Figura N° 1. Modelo de calidad de la atención médica de Donabedian

Fuente: Donabedian (1966).

MODELO DE CALIDAD DEL SERVICIO DE GRÖNROOS

Conocida como el modelo Nórdico, planteado por Grönroos (1988, 1994), relaciona la calidad con la imagen corporativa, el cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa¹¹. Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio¹².

Este modelo integra la calidad del servicio en función de tres componentes o dimensiones^{9,11}:

a. La calidad técnica o resultado del proceso de prestación de servicio, referida al “qué” representa el servicio recibido por los usuarios; que tiene un carácter objetivo, determinado por las características propias del servicio (horario de atención, rapidez en la atención, tiempo de atención por el especialista, etc.)

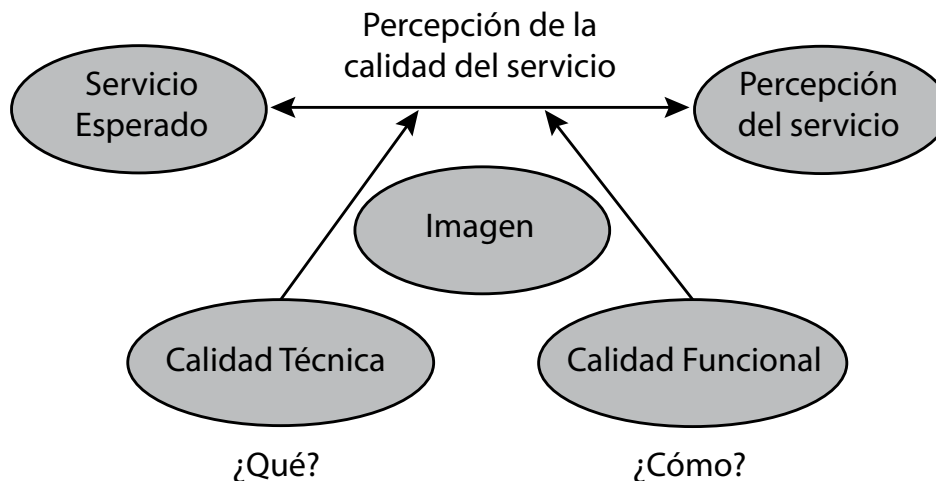
- b. La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso, representa el “cómo” el usuario recibe y experimenta el servicio, relacionada con la forma en la cual se ha prestado el servicio a los usuarios por el personal del establecimiento (aparición física y emocional del personal de salud, etc.).
- c. La calidad organizativa o imagen corporativa, representa el resultado de cómo el usuario percibe la empresa a través del servicio que presta, afecta su percepción de la calidad del servicio y está asociada a la imagen que se forma sobre la organización, ya sea por su experiencia previa o por la comunicación que haya recibido¹².

Grönroos afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada,

paradigma de la desconfirmación¹¹. Concluye que la calidad del servicio es el resultado de la evaluación, denominada calidad de servicio percibida, donde el

cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido¹³.

Figura N° 2. Modelo Nórdico, percepciones de la calidad de servicio



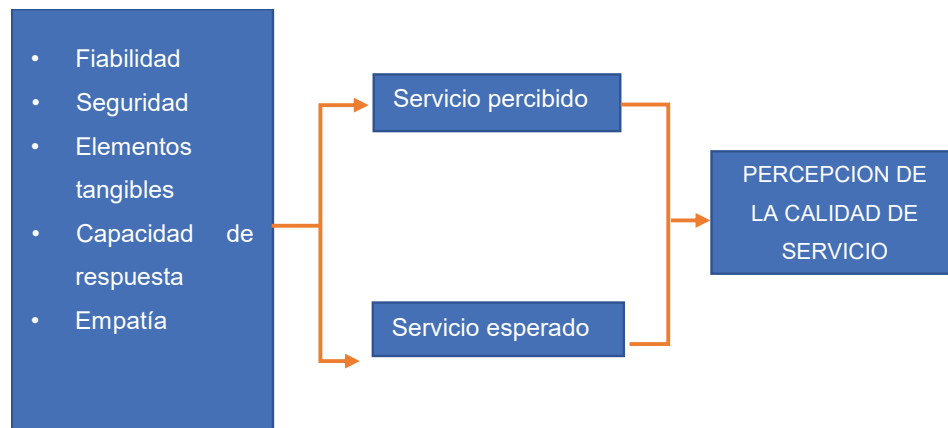
Fuente: Grönroos (1984).

MODELO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO (SERVQUAL)

Es uno de los modelos más utilizados hasta el momento, corresponde su planteamiento a Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988), la base al igual que Grönroos fue el paradigma de la desconfirmación¹⁴.

El instrumento desarrollado llamado SERVQUAL (Service of quality) evalúa por separado las expectativas y la percepción del usuario de un servicio¹¹. Las cinco dimensiones de este modelo son:

1. Fiabilidad, la habilidad para desempeñar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
2. Seguridad, el conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para expresar confianza.
3. Elementos tangibles, apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación^{15,16}.
4. Capacidad de respuesta, indica la percepción sobre la disposición y voluntad para ayudar a los usuarios, si se proporciona rapidez e inmediatez en el servicio, además de si se solucionan sus problemas y quejas.
5. Empatía, responde qué tan personalizada y adaptada a las necesidades, está la atención en el servicio al cliente¹⁵.

Figura N° 3. Modelo SERVQUAL

Fuente: Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988), Zeithaml y Parasuraman (2004).

El instrumento desarrollado está compuesto por tres secciones, la primera mide expectativas del cliente, recoge la opinión de cómo debe ser un servicio determinado. Para tal efecto se aplican 22 ítems, la puntuación consiste en situar en una escala del 1 al 7 el grado de expectativa. Calificación 1, para una percepción o expectativa muy baja para el servicio en cuestión, hasta una calificación 7, para una percepción o expectativa muy elevada del mismo servicio¹⁶. En un segundo momento, se recoge la percepción del usuario respecto al servicio que presta el establecimiento de salud. Es decir, hasta qué punto considera que el servicio posee las características descritas en cada declaración. Finalmente, el tercer momento, situada entre las dos anteriores, cuantifica la evaluación de los clientes respecto a la importancia relativa de los cinco criterios, lo que permitirá ponderar las puntuaciones obtenidas.

A partir de lo anterior el modelo SERVQUAL identifica la brecha entre percepción y expectativa, expresado en un valor. Si dicho valor es positivo ($P > E$), significará que la percepción supera a la expectativa y por lo tanto existe satisfacción en ese ítem. Por el contrario, si dicho valor es negativo ($P < E$), significa que no se cumple con la expectativa y por lo tanto existe insatisfacción¹⁶.

Una desventaja de este método por la aplicación del formato de encuesta tiene una alta posibilidad

de generar información sesgada, esto debido a que las personas pueden no entender la dinámica del cuestionario, y por ello no saber con certeza si el significado de las preguntas es totalmente claro¹⁷.

MODELO SERVICE PERFORMANCE SERVPERF DE CRONIN Y TAYLOR

En 1992 Cronin y Taylor establecieron una escala más concisa que SERVQUAL y la llamaron SERVPERF (Service Performance) cuyo nombre se debe a la atención que presta el empleador evaluando su desempeño al momento de brindar un servicio¹⁸. Este modelo está basada exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL, la cual tiene en cuenta tanto las expectativas como las percepciones. Basada en que la escala SERVQUAL no presentaba mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida¹¹. Propone una medición que elimina la parte de referencias de expectativas de los clientes, pues es un concepto complejo porque demarca la posibilidad de algo en un futuro y, si bien una medición acerca de servicios es aproximada por su carácter de intangibilidad, sería más intangible haciendo medición de futuros, como lo es la expectativa (posibilidad o esperanza de algo)¹⁹. Según Esteban & Rubio (2006), postulan que “una de las ventajas del SERVPERF es la claridad del encuestado al momento de proporcionar mayor precisión en sus respuestas”¹⁸.

Algunas de las ventajas del SERVPERF, requiere menos tiempo para la administración del cuestionario, solo se pregunta una vez por cada ítem o característica del servicio. Las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción que las medidas de la diferencia, finalmente la interpretación y el análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo^{18,19}.

MODELO DE DESEMPEÑO EVALUADO, PE (Performance evaluation)

El modelo de Desempeño Evaluado, PE, por su sigla en inglés, fue planteado por Teas (1993) está centrada en tres puntos:

- Interpretación del concepto “expectativas”
- Operativización de dicho concepto
- Valoración de modelos alternativos al SERVQUAL para la evaluación de la calidad del servicio percibida

Es una escala que acepta como punto de partida las dimensiones del servicio identificadas por SERVQUAL, así como la metodología de la pauta no confirmatoria substractiva (discrepancia entre expectativas y percepciones), pero sustituyendo las expectativas por el concepto de “punto ideal”,

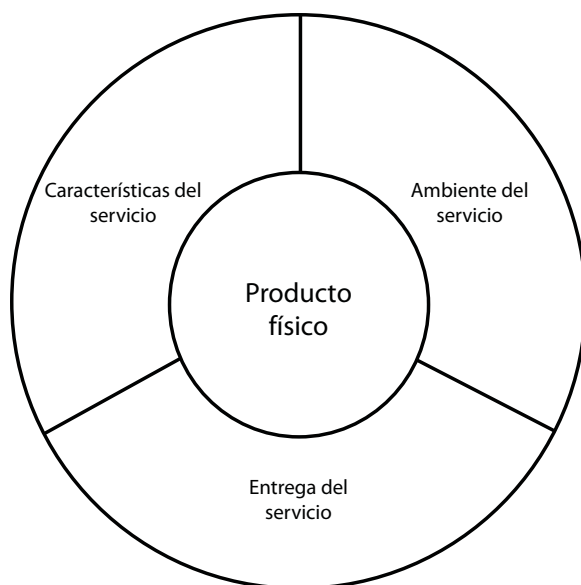
es decir, una puntuación del “nivel” que los distintos aspectos del servicio deberían tener¹⁴.

No plantea dimensiones en su modelo, más bien establece elementos para que su modelo de partida puntualice sus características de análisis. El autor expone dos conceptos al respecto: el modelo de desempeño evaluado (EP) y el modelo de calidad normalizada (NQ) que integra el concepto de punto ideal clásico con el concepto de expectativas¹¹.

MODELO DE LOS TRES COMPONENTES

Rust y Oliver (1994) presentaron una conceptualización no probada, pero que fundamenta lo planteado por Grönroos. Su justificación está en las evidencias encontradas por autores como McDougall y Levesque (1994) en el sector bancario y por McAlexander et al., (1994) en el sector sanitario. La dirección de servicio incluye tres distintos aspectos: características del servicio, diseño del ambiente del servicio y entrega del servicio, en particular, las características del servicio son cualquiera de los rasgos del servicio que son ofrecidos. El ambiente del servicio son los ajustes y propósitos requeridos para administrar el servicio. Al contrario, la entrega del servicio es como el servicio es proporcionado en una ocasión específica²⁰.

Figura N° 4. Modelo de los Tres Componentes de Rust y Oliver



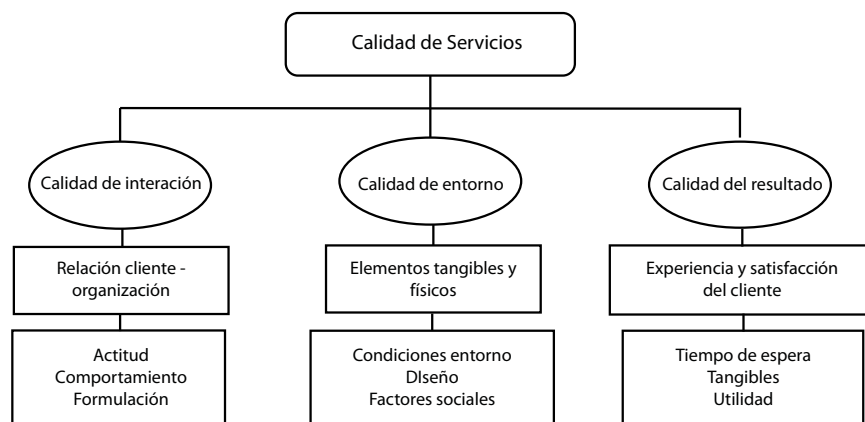
Fuente: Parasuraman, Zeithaml Y Berry) (1985-1988)

MODELO JERARQUICO MULTIDIMENSIONAL DE BRADY Y CRONIN

En el estudio de las percepciones de los usuarios de servicios, Brady y Cronin (2001) desarrollan una solución tridimensional para completar la modelización de la calidad de servicio. Entienden que no es excluyente de otros modelos pero que resulta más completo y definen la calidad de los servicios a través de tres dimensiones: la calidad de interacción, la calidad del entorno y la calidad de resultado²⁰.

- Calidad de Interacción, consiste en las actitudes de los empleados, el comportamiento entre empleado y cliente, y la formación de los profesionales que ofrecen el servicio.
- Calidad de Entorno, se centra en el diseño de las instalaciones, las condiciones ambientales, y los factores sociales.
- Calidad de Resultado, se desarrolla en las subdimensiones de tiempo de espera, elementos tangibles y utilidad.

Figura N° 5. Modelo jerarquico multidimensional de Brady y Cronin

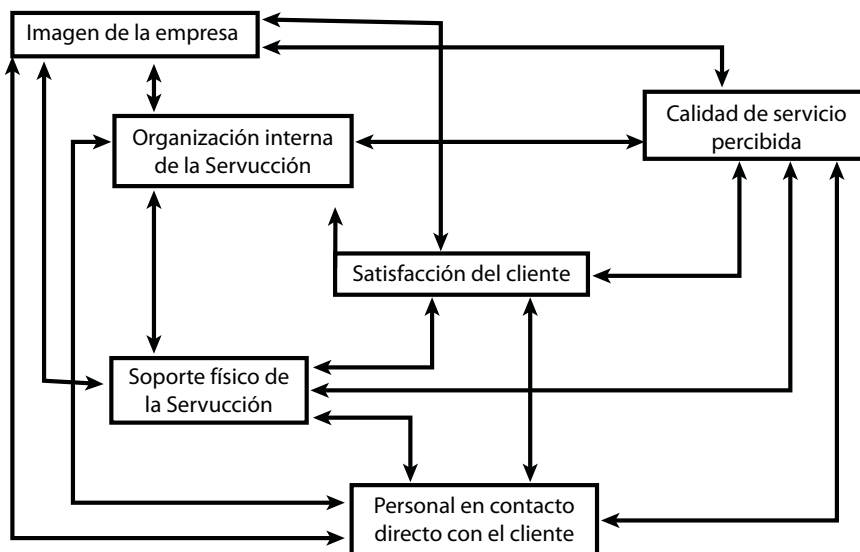


Fuente: Calabuig et al. (2012)

MODELO DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE NGUYEN

El modelo presentado por Nguyen (1991) se estructura a partir de las relaciones entre los componentes: imagen de la empresa, resultado del personal en contacto, organización interna de la servucción, soporte físico de la servucción y la satisfacción del cliente, para explicar la evaluación de la calidad de un servicio hecha por el cliente⁹. Plantea que cuanto mayor sea la percepción

del cliente en cada uno de los componentes del modelo, mayor será la percepción de calidad de servicio, por tanto, la hipótesis inicial se basa en la consideración de las variables anteriores como factores explicativos de la variable dependiente calidad de servicio percibida. El autor se inspira en el sistema de servucción planteando los tres elementos de la empresa que se deben cuidar para que el servicio tenga calidad (sistema de organización interna, soporte físico y personal en contacto)^{11,15,20}.

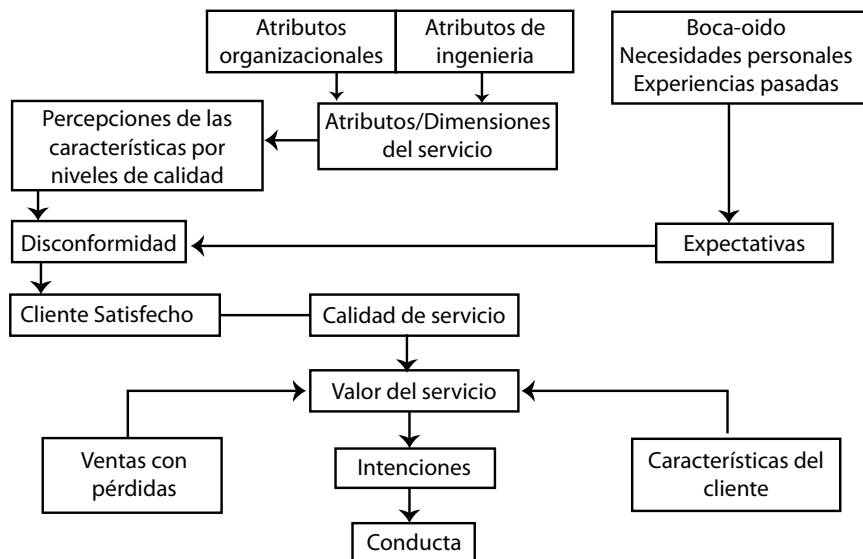
Figura N° 6. Modelo conceptual de la Calidad de los Servicios

Fuente: Nguyen, Nha (1991a).

MODELO MULTIETAPA DE VALORACIONES

El modelo de Bolton y Drew (1991) presenta la calidad de servicio percibida como la disconformidad que existe entre las expectativas del cliente en relación al servicio y las percepciones de las características por niveles de componentes. Los autores plantean que las expectativas del cliente se forman por la comunicación boca oído ya sea entre clientes o por parte de las empresas proveedoras de servicio, las necesidades personales del cliente y sus experiencias pasadas, a su vez, plantean que las percepciones de las características por niveles de componentes se evalúan en base a atributos y dimensiones del servicio y que dichos atributos se pueden clasificar en atributos organizacionales y atributos de ingeniería. De la disconformidad entre

las expectativas de los clientes y las percepciones en base a dichos atributos y dimensiones el cliente quedará satisfecho o insatisfecho y resultado de varias satisfacciones el cliente percibirá calidad en el servicio lo cual llevará al cliente a reconocer que el servicio tiene valor desde su punto de vista. Cuando el cliente reconoce el valor que presenta los servicios de la empresa le derivará las intenciones y conductas luego de la compra. Bolton y Drew (1991) plantean que la calidad de servicio que percibe el cliente, así como el valor del servicio dependerá en primer lugar, de las características que tiene ese cliente, dígame sus características culturales, personales, sociales y psicológicas para lo cual adopta una actitud frente a la empresa que no tiene que ser igual para todos los clientes y, en segundo lugar, de la consideración por parte de la empresa de no tener ventas con pérdidas^{9,11,21}

Figura N° 7. Modelo Multietapa de Valoraciones

Fuente: Bolton y Drew (1991)

CONCLUSIÓN

De todo los modelos citados y descritos solo uno tiene origen en el área de la salud, el propuesto por Donabedian basado en la teoría de sistemas, estructura proceso y resultado. Sin embargo, es frecuente el uso del modelo SERVQUAL en números estudios para determinar la calidad de atención en servicios de salud, si bien permite identificar la brecha existente entre la expectativa y la percepción, en términos reales se complejiza su aplicación en servicios donde el flujo de pacientes y las condiciones de salud por las que acuden son un impedimento para obtener una respuesta que garantice la fiabilidad y validez de los resultados.

Luego de identificar la complejidad mencionada de la anterior modelo se plantea SERVPERF que se basa exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL, proporcionando mayor fiabilidad y precisión en las respuestas, prediciendo de mejor manera la satisfacción que las medidas de la diferencia, de igual la interpretación y el análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo.

Otros modelos que tiene fundamento en la escala SERVQUAL, como el modelo de los tres componentes, el modelo de Desempeño Evaluado no fueron lo suficientemente explorados en el área de la salud, a pesar que tienen la capacidad de evaluar la expectativa y la calidad de servicio percibido.

Cada modelo permite evaluar el constructo "calidad", con una diferenciación muy clara expresada en la valoración de la expectativa y la percepción, es decir la valoración de ambas no siempre es necesaria, siendo imprescindible en todos los modelos la percepción, acompañada del aspecto de interrelación entre usuario y prestador de servicio que implica el contacto personal (empatía, fiabilidad, capacidad de respuesta) además de las características y objetivos del servicio, pasando a un segundo plano la imagen corporativa.

Los modelos restantes citados si bien tienen un enfoque de empresa con énfasis en algunos aspectos propios de esta como la imagen empresarial, productos, organización interna, ventas, etc. no dejan de ser interesantes para poder adoptar y adaptar en el área de la salud, de esa

manera contar con un abanico de posibilidades que permitan medir la calidad de atención en salud en los establecimientos de salud del sistema.

Finalmente es importante mencionar estos modelos fueron aplicados, a través de los instrumentos desarrollados en base a la estructura teórica en

el ámbito de la salud, sin embargo, no son sujetos de un proceso de adaptación al contexto social o cultural de aplicación, y surge la necesidad de que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación “in situ” que permitan obtener resultados que se aproximen a la realidad.

REFERENCIAS

1. World Health Organization, World Bank Group O. Delivering quality health services [Internet]. World Health Organization, World Bank Group, OECD. 2018. 1–100 p. Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
2. Alvarez-Heredia F. Calidad y Auditoría en Salud. Ecoe Ed. Bogotá; 2005. 362 p.
3. Donabedian A. La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf. Rev Calid Asist [Internet]. 2001;16:S29–38. Available from: https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/07/La_Calidad_de_la_Atencion_Medica_Donabedian.pdf
4. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. J Hosp Infect. 2009;73(4):305–15.
5. Thi Anh Thu L, Thi Hong Thoa V, Thi Van Trang D, Phuc Tien N, Thuy Van D TKAL. Cost-effectiveness of a hand hygiene program on health care-associated infections in intensive care patients at a tertiary care hospital in Vietnam. Am J Infect Control. 2015;43(12):e93–9.
6. Verdug-Batiz A. Calidad de la atención de enfermería en el Servicio de Aplicación de Quimioterapia - Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Rev Electrónica PortalesMedicos.com [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 6]; Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3982/2/Calidad-de-la-atencion-de-enfermeria-en-el-Servicio-de-Aplicacion-de-Quimioterapia->
7. Hernández-Murillo R. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Salud Publica Mex [Internet]. 1990;32(2):248–9. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10632217.pdf>
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q. 2005;84(4):691–729.
9. Torre M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. Compendium [Internet]. 2015;18(35):57–76. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
10. Lorenzo S. Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. Rev Calid Asist. 2001;16:S10.
11. Duque E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR Rev Ciencias Adm y Soc [Internet]. 2005;15(25):64–80. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>
12. Núñez-Tobías S, Juárez-Mancilla J. Análisis comparativo de modelos de evaluación de calidad en el servicio a partir de sus dimensiones y su relación con la satisfacción del cliente. Empres Investig y Pensam crítico [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 6];7(1):49–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.17993/3comp.2018.070133.49-59/>

13. Condori E. MODELOS DE CALIDAD DEL SERVICIO A MODELO DE GRÖNROOS [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 6]. p. 72–7. Available from: <https://1library.co/article/modelos-calidad-servicio-modelo-grönroos.zxvo3r4y>
14. J Palacios-Gómez. Revisión y crítica del papel de las expectativas en las escalas para medir la calidad percibida del servicio. *Metodos Rev Ciencias Soc.* 2014;2(1):59–71.
15. Margarita K, Programa A, De D, Resumen E. MODELO SERVQUAL PARA EL ANALISIS DE LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE LA ATENCION PRIORITARIA EN LA UNIDAD MEDICA CARTAGENA DE INDIAS. [cited 2022 Sep 7]; Available from: https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/3961/MODELO_SERVQUAL_PARA_EL_ANALISIS_DE_LA_PERCEPCION_DE_LA_%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Morales EC. Escala Multidimensional SERVQUAL [Internet]. Chile; 2005 [cited 2022 Sep 7]. Available from: <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2010/03/mida-la-calidad-de-su-servicio-con-la-escala-servqual.pdf>
17. Bustamante MA, Zerda-Barreno ER, Obando F, Tello-Sánchez MG. Fundamentos de calidad de servicio, el modelo Servqual. *Rev Empres.* 2019;13(2):1–15.
18. Ramos-Farroñan V, Mogollón-García S, Santur-Manuel F, Cherre-Morán L. El modelo SERVPERF como herramienta de evaluación de la calidad de servicio de una empresa. *Univ y Soc.* 2020;12(2):417–23.
19. Paola Ramírez Carvajal A. Servqual o Servperf: ¿Otra alternativa? *Sinapsis.* 2017;1(9):59–63.
20. Cruz Sánchez AA, Orduña Carlos MD, Álvarez Hernández JG. Evolución del concepto de calidad y los modelos de medición de calidad en el servicio. *Rev Innovaciones Negocios.* 2019;15(30):259–78.
21. Duque Oliva EJ, Gómez YD. Evolución conceptual de los modelos de medición de la percepción de calidad del servicio: Una mirada desde la educación superior. *Suma Negocios.* 2014;5(12):180–91.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Bases teóricas sobre la evaluación de la calidad del servicio en salud

Theoretical bases on health service quality assessment

Cala-Chapi Carolina Ruth*
Marce-Benito Estela Jhakelina**

CChCR: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5065-6014>

*Cirujano Dentista, Magister en Salud Pública, Carrera de Odontología, Universidad Pública de El Alto – Bolivia.

DOI: <https://doi.org/10.53287/wnyj5539qa73d>
carolinacala44@gmail.com

MBEJ: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7806-474X>

**Bióquímica Farmacéutica, Magister en Salud Pública e Investigación. Doctorado en Cs y humanidades. Docente pregrado y posgrado UMSA La Paz Bolivia.

jhakelinamb@gmail.com

Recibido: 16/05/2022

Aceptado: 06/10/2022

RESUMEN

Exponer las diferentes conceptualizaciones y los modelos de evaluación de la calidad de servicio en salud, respecto a sus características, fundamentos, y diferencias a través del análisis y síntesis de los aspectos más significativos encontrados en la literatura. Se realizó una revisión bibliográfica, bajo el sustento teórico de los siguientes métodos teóricos: Análisis, síntesis, histórico lógico y análisis documental de 19 artículos completos, accesibles en el idioma español e inglés, recolectados de bases de datos académicos como Google Académico, Research Gate, PubMed, Cochrane Library, Scielo Salud pública. Destacar que la búsqueda, recolección y análisis se realizó en los meses de mayo a julio. Tras la revisión bibliográfica pone en manifiesto la falta de consenso entre los expertos en el tema de calidad respecto a su conceptualización, misma que ha evolucionado conforme al contexto, social, tecnológico y científico. En definitiva, las bases teóricas para la evaluación de la calidad de atención en el servicio de salud, el primer modelo específico aplicado a salud fue el modelo de Abedis Donabedian, continuando las bases teóricas con el paradigma de la desconfirmación liderada por el modelo nórdico de Grönroos, el modelo de Parasumaran, Berry y Zeithaml respecto a la brecha que existe entre las expectativas y percepción; y el modelo de Cronin Taylor respecto a la valoración de las percepciones. Así mismo, se concluye, que el constructo de calidad está en evolución y su interpretación depende del observador y sus prioridades en base a la adaptación del instrumento respecto al contexto de aplicabilidad.

Palabras Clave: Calidad de servicio, Calidad de atención, Modelos de evaluación de la Calidad y modelos de calidad para su medición

ABSTRACT

To expose the different conceptualizations and models of health service quality evaluation, regarding their characteristics, foundations, extension and differences through the analysis and synthesis of the most significant aspects found in the literature. A bibliographic review was carried out under the theoretical support of the following theoretical methods: analysis, synthesis, logical history and documentary analysis of 18 complete articles, accessible in Spanish and English, collected from academic databases such as Google Scholar, Research Gate, PubMed, Cochrane Library, Scielo Public Health, the search, collection and analysis was carried out from May to July. The bibliographic review reveals the lack of consensus among experts on the subject of quality with respect to its conceptualization, which has evolved according to the social, technological and scientific context. In short, the theoretical bases for the evaluation of the quality of care in the health service, the first specific model applied to health was the Abedis Donabedian model, continuing the theoretical bases with the paradigm of disconfirmation led by the Nordic model of Grönroos, the model of Parasumaran, Berry and Zeithaml regarding the gap that exists between expectations and perception; and the Cronin Taylor model regarding the assessment of perceptions. It is also concluded that the quality construct is evolving and its interpretation depends on the observer and his or her priorities based on the adaptation of the instrument to the context of applicability.

Key Words: Quality of service, Quality of attention, Quality evaluation models and quality measurement models

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva general, definir calidad de servicio por su naturaleza multidimensional y subjetiva, sobrellevo a lo largo de la historia desacuerdos entre los diferentes puntos de vista de autores, quienes, en sus intentos de normar un constructo y los modelos para la evaluación de la calidad de servicio en salud presentando diferentes conceptualizaciones. Sin embargo, claro está que las mismas son inherentes al avance del desarrollo humano y su entorno en mejora de los servicios. Destacando que la aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud, tomo vuelo a partir de los años 60, se dispone diferentes acepciones de calidad de servicio, aunque la mayoría orientados en la valoración a partir de las percepciones de los usuarios externos.

Para el año 1997, La Organización Mundial de la Salud desarrollo un estudio Delphi para obtener un consenso internacional respecto a la base conceptual de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP). En un aspecto específico, las FESP son prácticas esenciales del que hacer del profesional salubrista para el fomento de la salud colectiva. La presente revisión se sustenta en la FESP número 9 respecto a la garantía y mejora de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva, en el punto de “ desarrollar sistemas de evaluación de la satisfacción y usar los resultados para mejorar la calidad de los servicios de salud”¹. Por tanto, la evaluación de la calidad del servicio de salud debe estar inmerso en una institución, respecto al sistema de salud.

Así mismo, si bien la calidad de salud está en su apogeo, a nivel mundial se va implementando desde tiempos remotos formas de control de la calidad de atención respeto al área de la salud. Sin embargo, Actualmente nos enfrentamos a una nueva realidad, tras el reporte del 2018 emitido en Lancet Global Health Commission, donde se evidencia “ la baja calidad asistencial es ahora un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que el acceso insuficiente a servicios de salud”². En consecuencia, los servicios inseguros generan insatisfacción del paciente, por tanto, los sistemas de salud deben optimizar la atención médica y pueda responder a las cambiantes necesidades de

la población, es necesario comprender y entender desde la perspectiva de los usuarios que es calidad y utilizar instrumentos de medición para su valoración y sea a partir de los resultados, brindar una mejora continua en la salud colectiva.

Por todo lo mencionado anteriormente, este artículo tiene como objetivo, exponer las diferentes conceptualizaciones y los modelos de evaluación de la calidad de servicio en salud, respecto a sus características, fundamentos y diferencias a través del análisis y síntesis de los aspectos más significativos encontrados en la literatura respectivamente.

MÉTODO

Se realizo una revisión bibliográfica, bajo el sustento teórico de los siguientes métodos teóricos: Análisis, síntesis y análisis documental de la información recolectada de bases de datos académicos como Google Académico, Research Gate, PubMed, Cochrane Library, Scielo Salud pública, la búsqueda y recolección se realizó en los meses de mayo y junio a través de los descriptores DeCS/MeSH: Calidad de servicio, Calidad de atención, Modelos de evaluación de la Calidad y modelos de calidad para su medición. Siendo los criterios de inclusión, artículos y libros pertinentes al tema, tomando a consideración los artículos completos, disponibles gratuitos en el idioma español e inglés, se recolecto 40 artículos de los cuales, 21 no correspondían al tema en específico sobre calidad de servicio en salud. Para la administración de los 19 artículos correspondientes al material biblioFigura se utilizó el gestor biblioFigura Mendeley. A través del método histórico lógico, se ordenó y organizo el material biblioFigura para su respectivo análisis y síntesis correspondientemente, en los meses de julio y agosto.

DESARROLLO

Tras miles de años, la calidad no ha sido una tarea fácil, y aun no existe consenso entre los diferentes expertos; el concepto de calidad es inherente al avance del desarrollo humano y su entorno, en procesos y mejoras de productos o servicios. Importante mencionar que los avances del concepto

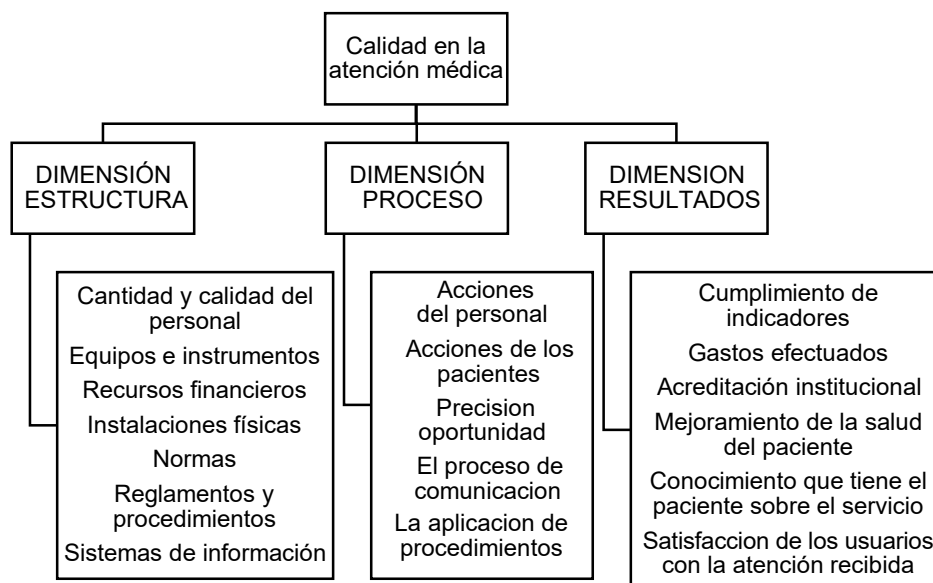
de calidad toman relevancia teórica e investigativa en el siglo XX, a partir de los desarrollos de Frederick W. Taylor (1911)³. La aplicación de los principios de Taylor en el sistema productivo actual. No obstante, los impulsos más notorios de este concepto se deben a los aportes de Edwards W. Deming 1980 estadístico, quien es, el padre de la calidad moderna, quien menciona que “ la calidad es el orgullo de la mano de obra”⁴, o Philip B. Crosby menciona “ La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”^{4,5} y propuso cuatro principios: La calidad es cumplir con los requisitos; El sistema de la calidad es la prevención; El estándar de realización es cero defectos; La medida de la calidad es el premio del incumplimiento. Estos algunos de los precursores de innovaciones y avances en calidad que paulatinamente se han ido adaptando al sector salud⁶.

Después de la segunda guerra mundial, a partir de los años 60. Los estudios sobre la evolución histórica de la calidad de servicios, ya enfocados en la evaluación de la calidad del servicio en el servicio percibido del usuario, se agrupan alrededor de dos escuelas: Por un lado, la escuela norteamericana, liderada por Parasuraman, Zeithaml y Berry, y por el otro lado la escuela nórdica, liderada por

Grönroos. Pocos investigadores académicos han intentado definir calidad debido a las dificultades y la complejidad que implica determinar y medir el constructo subjetivo⁷. A continuación, se exponen los modelos teóricos revisados y descritos de mayor referencia en la literatura científica.

En primer lugar, Abedis Donabedian (1966), presenta dos formas de enfoque para acercarnos a la calidad en los servicios de salud. Por un lado, hace 44 años, presenta el marco crítico del modelo de calidad de la atención médica, donde establece la triada respecto a las dimensiones de estructura, proceso y resultado como dominios esenciales de referencias para la evaluación de la calidad de servicio. Respecto a la dimensión de estructura, corresponde a las características físicas y organización de la institución en salud; la dimensión proceso referente a las acciones tanto del personal de salud y de los pacientes. Y la dimensión de resultado, basado en el cumplimiento de indicadores y acreditación institucional. Esta relación entre proceso, resultado y la sistematización de criterios es traducido en la mejora de la salud. Que posteriormente se constituyeron bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia en salud. En la siguiente figura se ilustra y describe este modelo^{8,9}.

Figura N° 1. Modelo de calidad de la atención médica de Abedis Donabedian



Fuente: Extraído a partir del modelo de la calidad de la atención médica de Avedis Donabedian y modelos de evaluación de calidad de servicios^{7,9,10}.

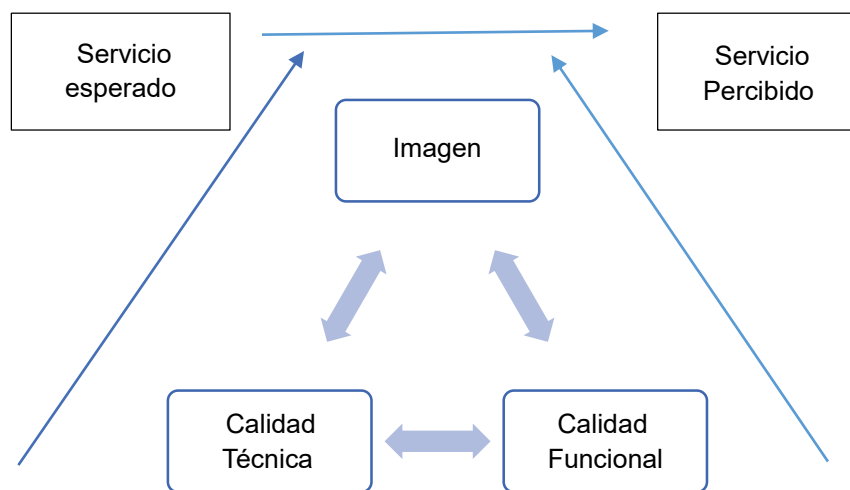
Por otro lado, para el año 1984 Donabedian, propone evaluar en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes la atención en salud: la calidad técnica y la calidad interpersonal. La calidad técnica referida a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda un beneficio mayor, sin aumentar con ello sus riesgos, considerando como premisa “Lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente”⁹. La calidad interpersonal relacionado a la medición de las normas, valores, expectativas y aspiraciones de los pacientes, es decir la calidad funcional percibida por los usuarios. La consecución de la calidad en los productos y servicios fue una preocupación fundamental de la década de 1980.

Para el año 1984 Grönroos fue el pionero respecto al pensamiento de marketing y su escuela fue denominada Nórdica de Marketing, también conocido como modelo de la imagen. El autor enfoca tres dimensiones sobre calidad: Calidad técnica (que se da), calidad funcional (como se da) e imagen corporativa, habla del paradigma de

la desconfirmación la brecha o diferencia entre la calidad esperada y la experimentada^{10,11}.

El autor considero un aspecto a influir en la evaluación, ello relacionado a las altas expectativas que tuviese el usuario. Además, el autor refiere que, mediante el uso adecuado de máquinas y sistemas informáticos, se puede mejorar la calidad técnica. Sin embargo, esto no es suficiente. En sintaxis el cliente esta influido por el resultado del servicio, pero también por la forma como recibe dicha atención relacionado con la imagen corporativa. Es decir, la imagen es un elemento básico para medir la calidad percibida. Estudia de manera separada el servicio esperado y percepción del mismo. Grönroos afirma que el nivel de calidad total percibida no está objetivamente determinado por las dimensiones, sino por el paradigma de la desconfirmación, la diferencia que existe entre la calidad esperada y la experimentada. Por lo que, la calidad percibida implica el juicio subjetivo del usuario sobre el servicio que recibe. Se presenta el modelo representado en la siguiente figura.

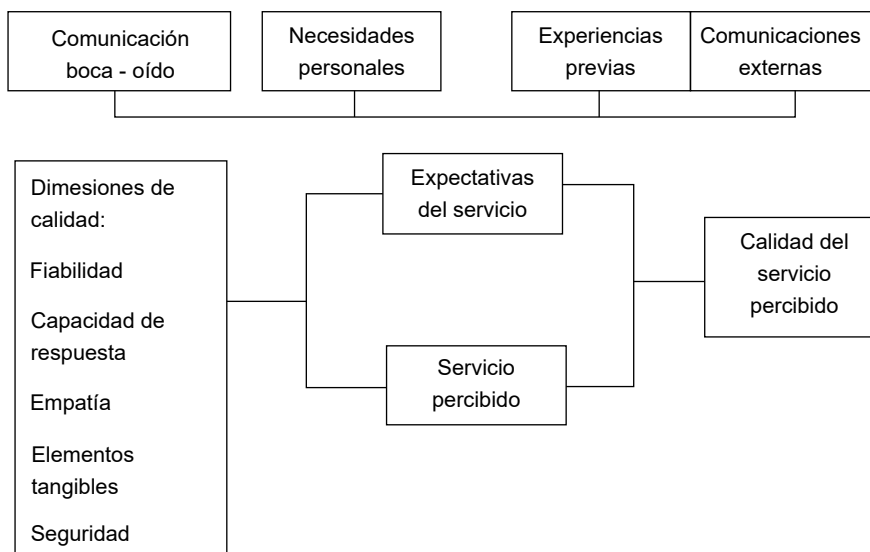
Figura N° 2. Modelo Nórdico de Grönroos



Fuente: Extraído de Modelos de Evaluación de Calidad de Servicios: Caracterización y Análisis^{7,11}.

Para el año 1985, Parasumaran, Berry y Zeithaml^{15,7,13,14} presentan los resultados de una investigación cualitativa, tipo exploratoria para poder comprender la esencia de calidad respecto a su conceptualización. La exploración se realizó a partir de la entrevista realizada a los directores y

usuarios de cuatro empresas. Importante denotar el surgimiento de la teoría de las brechas o Gaps con cuatro elementos: comunicación boca oído, las necesidades personales de los usuarios, experiencias previas y las comunicaciones externas. Se presenta las conclusiones en la siguiente figura.

Figura N° 3. Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio

Fuente: Extraído de Parasumaran, Zeithaml y Berry (1985)¹³.

El modelo de la escuela americana de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988). Partieron del paradigma de la desconfirmación, al igual que Grönroos, manifiesta que la calidad percibida implica el juicio subjetivo del cliente acerca la superioridad del servicio recibido. Desarrollo un instrumento tomando como base el concepto de calidad de servicio percibida, que permitiera cuantificar la calidad de servicio y lo denominaron Service Quality (SERVQUAL)^{14,15}. Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente.

Posteriormente por los paradigmas cristalizados respecto a la investigación cualitativa, existió observaciones críticas respecto al instrumento presentado, es por ello que enfocado en una investigación cuantitativa de análisis factorial fue simplificando el modelo a cinco dimensiones: Empatía, Fiabilidad, Seguridad, Capacidad de respuesta y elementos tangibles. El modelo ha sido adaptado ampliamente para realizar estudios respecto a servicios de salud en diferentes contextos^{10,12}. A razón de lo expuesto anteriormente, surge el Modelo de evaluación de la calidad del servicio (SERVQUAL) con 44 ítems tipo escala Likert sobre 22 ítems para valorar expectativas la aplicación se realiza previo a la atención y 22 ítems para valorar percepciones se aplica inmediatamente finaliza la atención, misma que es valorado. Inicialmente se identificaron diez

determinantes de la calidad de servicio, así: A través del análisis estadístico se pudo correlacionar entre las dimensiones que permitió la reducción a cinco dimensiones¹⁶: Elementos tangibles, incluye la evaluación objetiva del equipamiento, Instalaciones físicas y apariencia del personal necesarios para la prestación de servicios, implican mayor facilidad para su evaluación; Fiabilidad, respecto a la capacidad de realizar el servicio prometido de manera confiable y precisa centrado en brindar un buen servicio desde la primera vez; Capacidad de respuesta, evalúa la voluntad de ayudar a los pacientes y brindar un servicio rápido,; Seguridad respecto a las competencias, y seguridad brindada; Empatía respecto a la atención individualizada al usuario.

La estructura del instrumento SERVQUAL, puede adaptarse a las necesidades de las diferentes instituciones que requieran su aplicabilidad. La valoración cuantitativa se calcula por la diferencia encontrada entre las expectativas y la percepción del usuario por cada dimensión y puntaje de manera global con el cálculo del promedio. Donde la brecha con un valor cero, reflejaría la igualdad entre las expectativas y percepción del servicio; Valores negativos calculados reflejarían situaciones problemáticas de calidad de servicio y finalmente valores positivos indican buena calidad de servicio. Se esquematiza en la siguiente figura.

Figura N° 4. Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio

Fuente: Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis⁷.

Para el año 1992, Cronin y Taylor establecieron una escala más concisa que el SERVQUAL y la llamaron Service Performance (SERVPERF). Esta nueva escala está basada exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL. La diferenciación de las expectativas y percepciones del servicio recibido, era una situación confusa para los usuarios. Los autores indican que “la calidad del servicio debe ser tomada como similar a una actitud y por tanto debe ser una medida de desempeño y no la diferencia entre expectativa y desempeño”^{7,10}. El modelo de Cronin Taylor, únicamente considera la valoración de las percepciones de los usuarios con 22 ítems y se evalúa una vez finalizado el servicio, reduciendo en un 50% la cantidad de ítems, medidos a través de la Escala tipo Likert con las dimensiones¹³: Elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, fiabilidad y empatía. Cada ítem con cinco alternativas de respuesta del 1 al 5 con criterios de totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni en acuerdo ni es desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo. Disminuyendo el tiempo de aplicación, su validez y confiabilidad son a nivel mundial relevantes, enfatizando siempre la adaptación al entorno y contexto de cada servicio a evaluar¹⁸. Considerando que la calidad es una

variable subjetiva y utiliza para su medición un instrumento documental, si bien no sufre de calibración del mismo, si necesita una adaptación respecto al contexto donde se realizara la medición o incluso una adaptación en caso que el instrumento este desactualizado en un mismo contexto. El concepto de calidad y modelos de evaluación se manifiestan por diversos autores, existiendo una variedad de modelos respecto a calidad, modelos de evaluación, como diferentes interpretaciones.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos de la revisión bibliográfica ponen de manifiesto la falta de consenso respecto a la definición y determinación de las dimensiones de la calidad de los servicios de salud. Se ha evidenciado en esta revisión, que la calidad ha presentado diversas modificaciones a lo largo de los años, Es decir, han evolucionado conforme el contexto, social, tecnológico y científico. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente; la concepción de clientes internos y externos. Respecto a las bases teóricas para la evaluación de la calidad de atención en el servicio de salud, el primer modelo específico aplicado salud fue el modelo de Abedis Donabedian,

continuando las bases teóricas con el paradigma de la desconfirmación liderada por el modelo nórdico de Grönroos, el modelo de Parasumaran, Berry y Zeithaml respecto a la brecha que existe entre las expectativas y percepción; y el modelo de Cronin Taylor respecto a la valoración de las percepciones. Por tanto, la calidad no solo debe buscarse en el producto, sino en todas las funciones de la

organización con la participación del personal para el mejoramiento continuo de la calidad a partir de la información suministrada de las percepciones del usuario. Así mismo, se puede concluir que este constructo de calidad está en evolución y su interpretación depende del observador y sus prioridades en base a mecanismos de adaptación del instrumento respecto al contexto de aplicabilidad.

REFERENCIAS

1. Alfaro-Alfaro N. Los determinantes sociales de la salud y las funciones esenciales de la salud pública social. Saludjalisco [Internet]. 2014 [citado 2 de julio de 2022];1(1):36-46. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2014/sj141j.pdf>
2. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. Sistemas de salud de alta calidad en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: es hora de una revolución [Internet]. The Lancet Global Health Commission. 2018 [citado 21 de junio de 2022]. Disponible en: www.thelancet.com/lancetgh
3. Gismano Y SF. Los Principios de la Administración Científica y su impacto en el ámbito laboral. Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. 2012.
4. Miyahira J. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Rev Medica Hered [Internet]. 2015;12(3):75. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/262427287> Calidad
5. Righolt AJ, Sidorenkov G, Faggion CM, Listl S, Duijster D. Quality measures for dental care: A systematic review [Internet]. Vol. 47, Community Dentistry and Oral Epidemiology. John Wiley & Sons, Ltd; 2019 [citado 1 de abril de 2022]. p. 12-23. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cdoe.12429>
6. Díaz-Muñoz EI, Rodríguez-Pomeda J, Rosas-Quintana VM. Calidad y modelos de calidad para su medición y aseguramiento en hospitales públicos: ¿Es posible normar un constructo? Jurídicas [Internet]. 2018;15(1):131-53. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/328789498_Calidad_y_Modelos_de_Calidad_para_su_medicion_y_aseguramiento_en_Hospitales_Publicos_Es_posible_Normar_un_Constructo
7. Torres M, Vásquez C. Modelos de Evaluación de Calidad de Servicios: Caracterización y Análisis. Compendium [Internet]. 2015;35(35):57-76. Disponible en: http://www.ucla.edu/ve/dac/compendium/revista35/Compendium_35_2015_4.pdf
8. Vargas Rozo OBG. La medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicos como herramienta para su mejoramiento, aplicación en las clínicas odontológicas integradas de Bogotá [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2016. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52178/>
9. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care A Reviewed work. Milbank Meml Fund Q Heal Serv Res I [Internet]. 1965;44(3):166-206. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3348969>

10. Donavedian A. La calidad de la atención médica. *Calid Asist.* 2001;16:29-38.
11. Duque E. Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innovar Rev Ciencias Adm y Soc* [Internet]. 2005;15(25):64-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>
12. Christian G. "A service quality model and its marketing implications. *Eur J Mark.* 1984;18(4):1-141.
13. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *J Mark.* 1985;49(4):41.
14. Monroy Ceseña MA. Análisis teórico de los modelos sobre la calidad en el servicio percibido. *Cienc desde el Occident* [Internet]. 2015;2(1):81-91. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/CienciadesdeelOccidente/2014-2015/vol2/no1/6.pdf>
15. Numpaqué-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Rev la Fac Med.* 2016;64(4):715.
16. Fernández Barcala M. Validación de Servqual como instrumento de medida de la calidad del servicio bancario. *Rev Eur Dir y Econ la Empres.* 2000;9(1):57-70.
17. Leznano Tobón LA, Cardona-Arias JA. Meta-análisis de la calidad de los servicios médicos según las dimensiones del SERVQUAL. *Investig Andin* [Internet]. 2020;21(39):133-51. Disponible en: <http://revia.areandina.edu.co/ojs/index.php/IA/issue/archive%0AREVISTA>
18. Torre M, Vásquez C. Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium* [Internet]. 2015;18(35):57-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88043199005>
19. Córdova-Sotomayor D, Fernández-Guevara Y, Ortiz-Guevara R. Satisfacción de los pacientes que acuden a la clínica odontológica de la universidad de San Martín de Porres. Chiclayo, 2015. *Rev KIRU* [Internet]. 2016 [citado 2 de febrero de 2022];13(2):133-7. Disponible en: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/view/998>

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Análisis del patriarcado y género en la Residencia Médica en Bolivia

Analysis of patriarchy and gender in medical residency in Bolivia.

Fernandez-Peralta Marcel Otto*
Alcazar-Espinoza Karina Luisa**

FPMO Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3548-109X>

*Gestor de calidad y Auditor Médico CNS.

DOI: <https://doi.org/10.53287/btnn9915ve95f>

marcel1136@hotmail.com

AEKL: Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5279-8235>

**PhD. Ciencias y Humanidades, Docente de grado y postgrado dentro el Sistema de la Universidad Boliviana.

kluisa@hotmail.com

Recibido: 30/08/2022

Aceptado: 03/11/2022

RESUMEN

El sistema de residencia médica tiene el propósito de la formación de médicos generales en especialistas en distintas áreas médicas. Los mismos pasan por un proceso de formación biológico, social y político; sin embargo aspectos de gran importancia como el género y patriarcado deben tomarse en cuenta en la formación integral del profesional con el fin de evitar efectos no deseables en la actividad hacia sus pares y la población. el presente artículo hace un análisis de estos aspectos en el desarrollo del residente durante su carrera profesional y los aspectos potenciales que pueden desencadenar en los mismos como la necesidad de un análisis profundo para una residencia médica integral en nuestro medio.

Palabras Clave: Residencia médica, Patriarcado, Género.

ABSTRACT

The medical residency system has the purpose of training medical doctors in specialists in different medical areas. They go through a process of biological, social and political formation; however, aspects of great importance such as gender and patriarchy must be taken into account in the comprehensive training of the professional in order to avoid undesirable effects on the activity towards their peers and the population. This article analyzes these aspects in the development of the resident during his professional career and the potential aspects that can trigger them, such as the need for an in-depth analysis for a comprehensive medical residency in our environment.

Key Words: : Medical residency, Patriarchy, Gender

INTRODUCCIÓN

El sistema de residencia médica tiene el propósito principal la formación de conocimientos, destrezas y habilidades de médicos generales en especialidades que ellos deseen y/o estén disponibles en una determinada región y en la institución que le sea asignada o escogida acorde a normas y leyes vigentes en un determinado país o región. En el caso de Bolivia está dirigida por el Comité Nacional de Integración Docente Asistencial Investigación e Interacción Comunitaria (CNIDAIC) conformado desde la gestión 2011 y reforzado de forma técnica por el Comité Regional de Integración Docente Asistencial Investigación e Interacción Comunitaria (CRIDAIC) que está presente en los 9 departamentos y proporciona toda la información y competencias de la formación académica de los residentes. Este comité está regulado a través de la Norma de la Residencia Médica que se actualiza cada gestión y establece la formación de profesionales en el área clínico médica, clínico quirúrgico y clínico social bajo principios de equidad, interculturalidad, ética, intersectorialidad, género, igualdad, calidad y calidez^{1,3}.

Es decir que la normativa establece la formación de especialistas y sub especialistas en el marco biomédico y de interculturalidad enfocado en el desarrollo del cuerpo biológico, social y político para la respuesta a las necesidades de la población. Sin embargo, en términos prácticos en implementación e integración de los principios del sistema de residencia existen aspectos que deben mejorarse de forma crítica en los profesionales como lo es el patriarcado y la equidad de género en las instituciones de salud lo cual afecta el desarrollo profesional, produce desautorización, patologización, culpabilización y fragmentación del cuerpo de las profesionales en formación constante¹.

DESARROLLO

El patriarcado en la residencia médica

El patriarcado está presente en todas las instituciones y obviamente las de salud no están exentas. Este fenómeno ha hecho que las mujeres queden rezagadas de forma sutil de cargos jerárquicos, minimizadas en sus actividades,

exclusión de actividades que normalmente están “destinadas” a profesionales masculinos como el área quirúrgica⁴.

Estefenómeno hizo que las residentes y profesionales femeninas sean llevadas a actividades de menor dificultad llegando incluso a la infantilización de su quehacer diario que llegan ser algo cotidiano en la actividad asistencial y académica en ellas.

A su vez esto da como resultado que ciertas especialidades sean para mujeres y otras para varones de forma exclusiva, haciendo que si una mujer por ejemplo acceda a una rama quirúrgica tendría una serie de obstáculos en una especialidad que es de preferencia de hombres y viceversa, por ejemplo en el campo de ginecología o pediatría. Es decir que se produce como consecuencia una selección de especialidades que son solo para hombres o mujeres^{4,5}.

Esto produce una desautorización ya desde la selección de especialidad hasta el curso de la misma haciendo que se haga algo rutinario por la mujer. Esto produce una serie de mecanismos como menciona Sadler, Michelle⁶ de homogenización no respetando su cultura y saberes muy asociado a los principios de la residencia médica como por ejemplo de acciones de etnocentrismo cultural por ser profesionales de zonas rurales, culpabilización de sus actividades por ser más débiles y más sensibles como por ejemplo en procedimientos quirúrgicos, instalación de vías, atención de urgencias, liderazgo dentro del quirófano en cirugías de urgencia, contaminación donde ella queda ajena a acciones, actividades o competencias “hechas exclusivamente” para hombres como estudios de investigación amplios o ser jefe de residencia, patologización y fragmentación en caso que ellas se embaracen haciéndoles ver como una enfermedad sin tomar en cuenta todo el aspecto social y cultural de ellas y hasta vergüenza dentro del servicio o institución en el que se encuentren.

Todo esto es continuo haciendo ya una naturalización de todos estos procesos y sumando que gran parte de los programas hospitalarios tienen enfoque biomédico en la gran parte de malla curricular, hacen que el patriarcado y los mecanismos de desautorización se queden y las mujeres por miedo

a las represalias producto de la naturalización no hagan acciones y sean cada vez más sometidas llegando posteriormente a episodios ya de abuso y violencia en ellas como consecuencia final.

Gracias a una formación verticalista donde la autoridad máxima en un servicio unidad pasa por el jefe de servicio o unidad que en su mayoría es hombre, la jerarquización en algunas situaciones produce acciones de abuso llegando a la violencia en casos críticos; siendo la psicológica la más frecuente y las mujeres las más afectadas como menciona en un estudio de Evangelina Montes-Villaseñor y col⁵. Esto da como resultado un rendimiento menor en sus actividades asistenciales, pedagógicas y sobre todo en el paciente disminuyendo la calidad del servicio. Además, dentro de los grupos más afectados se encuentran los profesionales de los primeros años debido a la jerarquización vertical dentro de los servicios produciendo en ellos cambio o abandono de la residencia. A esta situación contractual que tienen los residentes en caso de Bolivia y en instituciones de seguridad social de corto plazo al ingresar y tienen al abandonar pagando todo lo adquirido y con pérdida de acceder al examen de ingreso por dos años seguidos¹; es decir que, el patriarcado instaurado y los mecanismos de desautorización no solo afecta el ámbito del cuerpo de la mujer residente, sino más allá llegando a aspectos administrativos y legales^{6,7}.

Estas relaciones de poder hegemónico convierten a los residentes sobre todo en las mujeres de de sujetos a objetos de producción de biomedicina donde simplemente el cumplimiento de acciones o no llevarán al éxito de la profesional sin tomar aspectos integrales que están ya establecidos por norma y deben ser cumplidos con el fin de formar profesionales integrales para el paciente y la comunidad⁷.

Ahora como se mencionó el patriarcado en si puede afectar a las residentes mujeres por medio de mecanismos varios que son como extensiones que dan una limitación a la actividad a las residentes con compromiso personal, social, cultural, administrativo y legal como menciona Marcia Villanueva Lozano⁷, en una serie de aspectos que se comparten mucho en nuestro medio.

La jerarquización

En la residencia médica Boliviana una vez que el médico general aprueba el examen de competencia, firma un contrato que es renovado cada gestión y posteriormente acude al centro que el escogió o es asignado acorde a prelación de notas. Una vez en el centro, el médico se presenta al Jefe de Enseñanza que es la máxima autoridad de un hospital o institución en salud en cuanto a educación e investigación para estudiantes de pre grado y postgrado y el presenta al novel residente al docente responsable también llamado coordinador de enseñanza quien tiene la función de regularizar las actividades biomédicas e interacción del residente dentro del servicio donde él se desenvolverá y realizará sus actividades. A su vez el docente responsable le presentará al jefe de residentes de servicio quien es el residente con mayor antigüedad y/o mejor nota asignado por docente responsable quien coordinará las actividades asistenciales y pases de guardias y la asistencia. Finalmente dentro del servicio está el jefe de servicio propiamente dicho quién controla toda la unidad en sentido administrativo y la enfermera de piso quienes de forma indirecta controlan la actividad asistencial del nuevo residente¹.

Con este sistema se genera una línea de mando la cual como consecuencia forma un disciplinamiento basado en premios o castigos basados en el comportamiento, actividad asistencial y relaciones del residente con sus inmediatos superiores que es variado de acuerdo al tipo de especialidad, adicionando que los cargos mencionados están siendo llevados por hombres en su mayoría en especialidades o sub especialidades son hombres, por lo que basados en esta línea de mando genera limitación, fragmentación y desautorización de la residente al estar en un sistema que aparte de ser de mando y orden al cual no está acostumbrada hay un patriarcado jerárquico el cual adicionalmente deben soportar⁵.

El aislamiento

Una vez que los residentes son presentados a los servicios, inician su actividad de 12 horas con tiempos de almuerzo los días hábiles y guardias respectivas cada 3 o 4 días de acuerdo al servicio con salida al terminar la guardia luego de estar 6 horas adicionalmente

En aspectos de guardia en fin de semana o días feriados debido al punto de jerarquización y autoridades en su mayoría a cargo de hombres en servicios sobre todo quirúrgicos, las guardias en su mayoría a las mujeres son asignadas en fin de semana domingo y feriados haciendo que los tiempos sean reducidos y sean sometidas a estrés constante sin momento de descanso fuera de la institución. Otro aspecto es que dentro de las normativas propias de cada servicio, si bien se toma en cuenta el aspecto de embarazo, parto y puerperio y los tiempos asignados hasta los 6 meses de edad del infante, no se considera luego el aspecto de cuidado y relación familiar y social de una residente madre y/o pareja dentro del establecimiento en los niños, sin considerar aspectos sociales, económicos o culturales familiares limitando y desautorizando a la mujer en este aspecto y en caso que estos no se cumplan, la sanción es para ellas acorde al reglamento vigente⁷.

Trato preferencial

Gracias a la jerarquización, se observa que existe también una desigualdad de género en las residentes mujeres con respecto a los hombres. Sin embargo este aspecto se observa que va más allá. Se tiene por ejemplo en el caso de castigos que son más severos en las mujeres que los varones, la actividad académica tiene más tolerancia en tiempos y contenido, la forma de consideración del cuerpo de las residentes es reducida a objeto de mercantilización sexual y trabajo llegando procesos de infantilización de la actividad biomédica que realizan, incluso como mujer biológica minimizando del embarazo produciendo culpabilización de su cuerpo como aspecto biológico y social formando una alienación de sus actividades a los formatos asignados por la jerarquía médica. Es decir que las consecuencias de este fenómeno son la discriminación y el acoso sexual⁸.

La discriminación como consecuencia de mercantilización del cuerpo de la mujer residente como objeto sexual y de trabajo hace que no se analice más allá de su aspecto biológico, dejando el intelecto, relación social, cultura, integración, honestidad y entre otros valores fuera de la formación de ellas; como consecuencia esto genera una falsa protección y desigualdad hacia las residentes mujeres de trato preferencial invertido con el fin de

obtener favores; esto en caso de no ser tomado en cuenta puede llevar a acciones de violencia en contra de ellas con severas consecuencias^{7,8}.

CONCLUSIÓN

De lo mencionado se evidencia que existe tanto una desigualdad de género por patriarcado enmarcado en una jerarquía estricta basada en experiencias propias sin integración con lucha de poderes que en su mayoría favorece al hombre residente. Gracias a esta situación compleja existe efectos dañinos al cuerpo propio, social y político de la mujer dando como resultado una desautorización de sus acciones, mercantilización de su cuerpo y actitudes sociales como culturales, infantilización de sus acciones asistenciales y académicas.

En el caso de residencia médica en nuestro medio este fenómeno de patriarcado este traducido por medio de la jerarquización donde los cargos superiores que por mayoría estadística son varones, ejercen presión en los residentes más jóvenes, siendo las más afectadas las mujeres. En ellas se genera un fenómeno de desde la desnaturalización hasta la alienación, produciendo en ellas efectos en su salud biológica, psíquica, social y profesional dando un crecimiento personal no acorde a sus necesidades y expectativas^{6,7}.

Por lo tanto son necesarias medidas para prevenir, controlar y sobre todo evitar en este personal de salud en formación. Las medidas deberían partir de forma inicial en el campo legal en la norma CRIDAI¹, donde se recomendaría incluir en la terminología aspectos de machismo, jerarquización y sobre todo discriminación y violencia así como un capítulo de acciones que el afectado(a) puede realizar ante instancias que correspondan.

Posteriormente en el campo técnico, es decir en los centros formadores que son los hospitales es necesario la capacitación sobre género y discriminación a las autoridades enfocado en equidad de funciones, deberes y tareas; así como espacios de conversación con las jefaturas o departamento respectivo para hablar de forma abierta de estos temas tanto por médicos como por residentes⁴.

En el campo personal es decir del médico residente, si bien dentro de la normativa actual establece el examen físico y psicológico anual, es necesario al inclusión de análisis social por profesionales calificados y/o capacitados para ver de forma íntegra a los residentes antes y durante su formación, para identificar factores que necesitarían apoyo constante^{1,2,4}.

Como un elemento adicional para que ellos tomen la importancia de este tema no solo en su perspectiva personal, sino hacia el paciente y su entorno se debería permitir una mayor amplitud a los estudios cualitativos en los médicos residentes para dar importancia al aspecto social de la salud y no solo

biológico apoyado por sus docentes formadores y departamentos respectivos^{3,11}.

La residencia medica es el pilar de formación asistencial hospitalario como comunitario que necesita una integración medica social y cultural con el fin de analizar un estado de salud previo, un desenvolvimiento de procesos asistenciales equitativos. Las acciones que lleven a cabo nos van a permitir tener el inicio de situación social y cultural de los residentes; la cual partirá de un relativismo cultural a una equidad de poder de género dejando atrás los etnocentrismos culturales formados por un patriarcado jerárquico enfocado en una formación biomédica totalitaria.

REFERENCIAS

1. Reglamento del comité nacional de integración docente asistencial e investigación y del sistema boliviano de residencia MÉDICA - PDF Descargar libre [Internet]. [citado 5 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/62801725-Reglamento-del-comite-nacional-de-integracion-docente-asistencial-e-investigacion-y-del-sistema-boliviano-de-residencia-medica.html>
2. Córdova Roca S, Loza Chacón F. La historia de la residencia médica en medicina interna en Bolivia. *Educ Médica*. 1 de julio de 2018;19:12-8.
3. Villazón-Urquidi J. Importancia De La Investigación En La Formación De Médicos Residentes De Bolivia. *Rev Méd-Científica Luz Vida*. 2012;3(1):73-4.
4. Pagotto VL, Giunta DH, Dawidowski AR. Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario. *Med B Aires*. junio de 2020;80(3):219-28.
5. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MSL, Cruz-Juárez A, De-San-Jorge-Cárdenas XM del C, Montes-Villaseñor E, et al. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *CienciaUAT*. junio de 2018;12(2):54-66.
6. Sadler Spencer MM. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. 2004 [citado 5 de agosto de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
7. Villanueva M. Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. *Rev Interdiscip Estud Género El Col México*. 30 de junio de 2019;5:1.
8. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria : violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México; 2015. 320 p.
9. Lázaro AI. Cuerpos al natural: la construcción de la naturaleza y sus tensiones en el movimiento de Parto Humanizado. *Rev Pilquen*. septiembre de 2017;20(3):82-94.

10. Sossa Rojas A. Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. Polis Rev Latinoam [Internet]. 20 de abril de 2011 [citado 5 de agosto de 2022];(28). Disponible en: <https://journals.openedition.org/polis/1417>
11. Kaufman JS, Mezones-Holguín E. Una epidemiología social para América Latina: una necesidad más allá de la reflexión sobre las inequidades en salud. Rev Peru Med Exp Salud Publica. octubre de 2013;30(4):543-6.

Origen del día del médico en Bolivia: “Coya Raymi o Citua Incaica”

Origin of the day of the physician in Bolivia “Coya Raymi or Citua Incaica”

Dalence-Montaña Julio Guillermo*
Deheza-Valda Clea Viviana**

DMJG Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5951-946X>

*Médico Forense, Instituto de Investigaciones Forenses – Fiscalía Departamental La Paz

DOI: <https://doi.org/10.53287/giva73580136i>

guileforense@gmail.com

DVCV: Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1517-0366>

**Médico Pediatra, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales - Hospital Boliviano Holandés El Alto.

vdehezav@gmail.com

Recibido: 20/08/2022

Aceptado: 14/11/2022

Durante el equinoccio de septiembre, todo el Imperio Incaico celebraba la fiesta denominada “Coya Raymi” o “Citua” (“Fiesta de la purificación”), dedicada a la Luna (Quilla), esposa del Sol (Inti) y madre de todas las mujeres del imperio. Era una de las cuatro fiestas solemnes que los incas celebraban. El simbolismo de la ceremonia en honor de la Luna, aludía a las conocidas influencias del satélite. Era una ceremonia compleja, de abstinencia sexual y ayuno, duraba todo el cuarto de luna^{1,2}.

Iniciaba el primer día de luna de septiembre, con ayuno severo (jatum casi), solo agua y maíz crudo, participaba toda la comunidad, se amasaban dos tipos de pan, uno mezclado con sangre humana de niños entre cinco y diez años, y antes del alba los ayunantes se lavaban el cuerpo para luego frotarse con una porción de masa con sangre, que significaba limpieza corporal de toda enfermedad, frotando posteriormente la puerta de la casa y dejándola pegada en el umbral como señal de la realización de purificación en ese domicilio. Con los primeros rayos solares, se adoraba al astro rey pidiendo que destierre las enfermedades y males de la tierra, desayunando luego con el pan sin sangre. Posteriormente de una casa real salía un mensajero empuñando una lanza con listón de plumas de colores que servía de bandera para hacer la “guerra a las enfermedades”, este mensajero encontraba en la plaza a otros cuatro preparados de igual manera, quienes tocaban con sus lanzas la punta del primero y se dispersaban a carrera, tomando cada quien uno de los cuatro caminos reales del Tahuantinsuyo, agitando las lanzas para recoger más enfermedades y males. A la distancia de un cuarto

Figura N° 1. COYA RAYMI: SETIEMBRE / COIA RAIMI / quilla la fiesta solene de la coya la reina



Fuente: Guaman Poma de Ayala F. El Primer Nueva Corónica y Buen Gobierno

de legua se encontraban con otro mensajero que repetía la acción, y así sucesivamente hasta alcanzar unas cinco a seis leguas, el último emisario clavaba la lanza en la tierra en señal de entierro de los males. Mientras tanto los pobladores salían de su casa sacudiendo su ropaje y gritando, en señal de expulsión de los males. Los otros dos días el ayuno no era severo (denominado "caci"), comían maíz tostado y hierbas crudas. Estaba prohibido ingerir cualquier tipo de carne^{3,4}.

La noche posterior a las ceremonias, súbditos del Inca salían con bolas de fuego denominadas "pancancus", atadas a largos cordeles y ondeadas por el aire en señal de expulsión de los males nocturnos, gritaban que las enfermedades y pestilencias salgan de entre la gente y del pueblo (Figura 1). Ya fuera de las poblaciones, los pancancus eran echados a los ríos, para que sus aguas lleven los males disueltos al mar^{3,4}.

Celebraban este acontecimiento con enorme regocijo y fiestas, con total participación popular, agradeciendo al sol por el beneficio y salud que habían recibido⁵.

En septiembre del año de 1957 reunido en Cochabamba el Segundo Congreso de la Confederación Médica Sindical de Bolivia (COMSIB), elaboró y presentó un proyecto documentado, en base a la historia relatada, para que se declare el 21 de septiembre (equinoccio de primavera), la Fiesta Nacional del Médico. No fue hasta el 29 de diciembre de 1967, que el presidente Constitucional de la República a.i. Dr. Luís Adolfo Siles Salinas por Decreto Supremo N° 08209, declara en homenaje y recordación de la Citua del Tahuantinsuyo, el 21 de septiembre Fiesta Nacional del Médico y Día Boliviano de la Salud, debiéndola celebrar cada año en Tihuanacu^{6,7}.

REFERENCIAS

1. Alvarado JM. Sobre la citua del Tahuantinsuyo y la fiesta nacional del médico en Bolivia. Arch Bol Hist Med 1995; 1(1): 3 – 9.
2. Alvarado R. ¿Por qué se celebra el día del médico? Vida y Salud 2003; 57: 14.
3. Garcilaso de La Vega I. Comentarios reales de los Incas Tomo II: Libro Séptimo, Capítulos VI y VII (en línea). Venezuela. Fundación Biblioteca Ayacucho; 1976 (fecha de acceso diciembre 2021) disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20190904032639/Comentarios_reales_2_Inca_Garcilaso_de_la_Vega.pdf.
4. Guaman Poma de Ayala F. Nueva corónica y buen gobierno. Venezuela. Fundación Biblioteca Ayacucho; 1980 (fecha de acceso diciembre 2021). p. 176 – 179 disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20191121014717/Nueva_coronica_y_buen_gobierno_1.pdf.
5. Saint Loup Bustillo E. Historia de la medicina: La medicina precolombina. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Editores. La Paz - Bolivia. Empresa Editora Urquiza; 1991: 67 – 6.
6. Confederación Médica Sindical de Bolivia. Fiesta nacional del médico. Bol Med Sindical 1956; 12: 41 – 42.
7. Decreto Supremo N° 8209 de 29 de diciembre de 1967. (Gaceta Oficial de Bolivia, Año VI, N° 381, de 3 de enero de 1968)

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES¹

La Revista Científica Memoria del Posgrado es la revista oficial de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica de la Universidad Mayor de San Andrés, publica trabajos sobre temas de interés médico y de Ciencias Biomédicas en las siguientes categorías:

Artículo original: trabajo inédito derivado de una investigación científica que aporta información nueva sobre aspectos específicos y contribuye de manera relevante al conocimiento científico.

Comunicación breve: es el informe de resultados parciales o finales de una investigación, cuya divulgación rápida sea de gran importancia.

Casos Clínicos: describe un caso clínico de interés especial con hallazgos pertinentes.

Nota técnica: describe en detalle una técnica diagnóstica novedosa o modificaciones de una técnica ya establecida, enfatizando las ventajas que tiene el procedimiento o la innovación desarrollados.

Cartas al editor: manuscrito sobre un artículo publicado en la revista.

Reseña histórica: es un manuscrito que destaca personajes o sucesos y su contribución al desarrollo de las ciencias biomédicas o de las políticas en salud.

Artículo de Revisión o Actualización: presenta el estado actual del conocimiento sobre un tema.

Artículos especiales: El comité Editorial puede recibir otras categorías no descritas y ponderará la pertinencia y relevancia del manuscrito para su publicación.

Los trabajos enviados a la Revista deben basarse en las normas que aparecen en este documento y deberán ajustarse al estilo, naturaleza de la

Revista y las recomendaciones establecidas por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)². La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

Formato y preparación de los manuscritos

Se debe enviar el manuscrito en un archivo con formato Word tamaño carta, letra Times New Roman o Arial, con tamaño de letra 12pt, interlineado a 1,5 líneas y alineación justificada, dejando un margen de al menos 3 cm en los 4 bordes. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo superior derecho, empezando por la página del título. Las Cuadros y Figuras deberán enviarse en archivos complementarios (Tipo png, jpg u otros).

Límite de palabras. El recuento se inicia desde la INTRODUCCIÓN hasta el fin de la DISCUSIÓN (se excluyen el Título, Resumen, palabras clave, Abstract, Keywords, Agradecimientos, Referencias, Cuadros y Figuras).

Los “Artículos originales” no sobrepasen 2.500 palabras.

Los “Artículos de Revisión” y los “Artículos Especiales” pueden extenderse hasta 3.000 palabras.

Los “Casos Clínicos” y “Notas Técnicas” no deben sobrepasar 1.500 palabras, pudiendo agregarse hasta dos Cuadros y Figuras y no más de veinte referencias.

Las “Comunicaciones Breves” no deben sobrepasar 1500 palabras, hasta dos Cuadros y dos Figuras; y hasta veinte referencias.

Las “Cartas al Editor” y “Reseñas históricas” no deben sobrepasar 1.000 palabras, como máximo hasta seis referencias y un Cuadro o una Figura, cuyo tamaño no debe sobrepasar media página de espacio.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

Los Artículos Originales y Comunicaciones Breves, deben dividirse en partes: Primera página o portada, **RESUMEN** y palabras clave en español e inglés, **INTRODUCCIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS, RESULTADOS, DISCUSIÓN y REFERENCIAS**.

Otros tipos de artículos, tales como los Artículos de Revisión y Casos Clínicos, se recomienda el siguiente esquema: Primera página o portada, **RESUMEN** y palabras clave en español e inglés, **INTRODUCCIÓN, DESARROLLO, CONCLUSIÓN, Y REFERENCIAS** o pueden acomodarse mejor a otros formatos, los cuales deben ser aprobados por los Editores.

La primera página o **PORTADA** del trabajo presenta los siguientes aspectos:

El título del trabajo, que debe ser conciso, pero informativo sobre el contenido central de la publicación y estimular el interés del lector. No emplee abreviaturas en el título. Debe estar en español e inglés.

El o los autores, identificados con su nombre y apellidos. Se recomienda a los autores escribir su nombre con un formato constante en todas sus publicaciones.

Filiación, al término de cada nombre de autor debe identificarse con asterisco, el cual identifica a la institución que pertenece y su ubicación geográfica (ciudad, país).

Correo electrónico del autor responsable para que puedan contactarse.

Después de la primera página los demás contenidos deben iniciarse en nuevas páginas.

RESUMEN y ABSTRACT. Redactados en español y en inglés de no más de 250 palabras, que describa los propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. Al final del resumen en español se debe incluir 3 a 5 Palabras clave. El modelo de resumen estructurado es obligatorio para los Artículos de Investigación originales.

Las Cartas al Editor deben tener títulos en español y en inglés, pero no llevan resúmenes ni palabras clave o Keywords.

Los manuscritos clasificables como “**Artículos de Investigación originales**” y “**Comunicaciones Breves**” deben continuar con las siguientes partes: **INTRODUCCIÓN**. Tome en cuenta los antecedentes más importantes y que estén relacionados con el estudio. Explique la hipótesis cuya validez pretendió analizar. Cite sólo las referencias bibliográficas que sean estrictamente atingentes. La Introducción debe terminar con una frase que sintetice claramente el propósito del estudio e identifique sus objetivos primarios y secundarios. Si emplea abreviaturas, explicita su significado la primera vez que las mencione.

MATERIAL Y MÉTODOS. Describa el tipo y diseño de investigación, explique la selección de los sujetos estudiados (**población y muestra**): pacientes o animales de experimentación, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles.

Identifique los **métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados**, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores que reproduzcan sus resultados. Si se emplearon métodos bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados, pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalas con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.

Consideraciones éticas. Cuando se efectuaron estudios en seres humanos, explicita si los procedimientos respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki y si fueron revisados y aprobados por un Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, de la institución en que se efectuó el estudio, y deben identificarlo. (Cuando lo soliciten los editores, los autores deberán entregar copias escaneadas del documento de aprobación por el Comité de Ética y del consentimiento informado). Los estudios en animales de experimentación deben acompañarse de la aprobación por el Comité de

Ética correspondiente. Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración.

Análisis estadístico. Indique los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados. Indique el programa estadístico en el que fueron analizados los datos.

RESULTADOS. Presente sus resultados siguiendo una secuencia lógica y concordante en el texto. Los datos se pueden mostrar en Cuadros o en Figuras, pero no simultáneamente en ambas. En el texto, destaque las observaciones importantes, sin repetir todos los datos que se presentan en las Cuadros o Figuras. No mezcle la presentación de los resultados con su discusión.

DISCUSIÓN. Se trata de una discusión de los resultados obtenidos en este trabajo y no una revisión del tema. Destaque los aspectos nuevos e importantes que aporta su trabajo y las conclusiones que Ud. propone a partir de ellos. No repita detalladamente los datos que mostró en los Resultados. Refiérase claramente al cumplimiento de los objetivos primarios y secundarios que explicó en la Introducción de su trabajo. Haga explícitas las concordancias o discordancias de sus hallazgos y sus limitaciones, comparándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las referencias bibliográficas respectivas. Evite formular conclusiones que no estén respaldadas por sus resultados. Plantee nuevas hipótesis cuando le parezca adecuado, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea apropiado, proponga sus recomendaciones.

AGRADECIMIENTOS. Si usted cree conveniente exprese su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones substantivas a este trabajo.

REFERENCIAS. Limite las referencias idealmente es 40. Prefiera las que correspondan a trabajos originales publicados en revistas incluidas en

PUBMED, Index Medicus, National Library of Medicine, USA; LILACS o SCIELO. Numere las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados en superíndice sin paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en las Cuadros o en las leyendas de las Figuras, deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas Cuadros o Figuras en el texto. Los resúmenes de presentaciones a congresos pueden ser citados como referencias sólo cuando fueron publicados en revistas de circulación común. Si se publicaron en “Libros de Resúmenes”, pueden citarse en el texto al final del párrafo pertinente. Se puede incluir como referencias a trabajos que están aceptados por una revista, aún en trámite de publicación; en este caso, se debe anotar la referencia completa, agregando a continuación del nombre abreviado de la revista la expresión (en prensa).

El estilo a tomar en cuenta para las referencias se basa en las normas Vancouver. Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

ENVIO DEL MANUSCRITO

Los manuscritos pueden ser enviados vía digital o impresa al editor de la revista en la Unidad de post grado de la Facultad de Medicina de la UMSA, irán acompañados de una carta que debe incluir la siguiente información:

- Una declaración completa al editor del manuscrito enviado para publicar y qué tipo de artículo corresponde.
- Una declaración de las relaciones financieras o de otro tipo que puedan acarrear un conflicto de intereses.
- Una declaración donde se afirme que el manuscrito ha sido leído y aprobado por todos los autores.
- El nombre, la dirección y el número de teléfono del autor corresponsal.

REFERENCIA

1. Revista médica de Chile - Home Page [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-9887&lng=es&nrm=iso
2. Comité internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE). Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. Actualizado en Abril de 2010 [Internet]. [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: www.icmje.org



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO

MEMORIA DEL POSGRADO

INFORMACIÓN

Calle Claudio Sanjines #1738

2612387 - 2227188

<http://postgrado.fment.umsa.bo>