



Revista Logos, Ciencia & Tecnología
ISSN: 2145-549X
ISSN: 2422-4200
revistalogoscyt@gmail.com
Policía Nacional de Colombia
Colombia

Calidad percibida del servicio de salud visual en entidades privadas de optometría*

Fajardo-González, Gina Paola; Rojas-Berrio, Sandra Patricia; Robayo-Pinzón, Oscar Javier

Calidad percibida del servicio de salud visual en entidades privadas de optometría*

Revista Logos, Ciencia & Tecnología, vol. 10, núm. 4, 2018

Policía Nacional de Colombia, Colombia

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=517764491006>

DOI: <https://doi.org/10.22335/rlct.v10i2.557>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Calidad percibida del servicio de salud visual en entidades privadas de optometría*

Service quality factors in private visual health institutions

Gina Paola Fajardo-González gpfajardo@poligran.edu.co

Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano, Colombia

 <http://orcid.org/0000-0002-5088-2107>

Sandra Patricia Rojas-Berrio sprojasb@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia, Colombia

 <http://orcid.org/0000-0002-1148-3779>

Oscar Javier Robayo-Pinzón osrobayo@poligran.edu.co

Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano, Colombia

 <http://orcid.org/0000-0002-1475-2460>

Revista Logos, Ciencia & Tecnología, vol. 10, núm. 4, 2018

Policia Nacional de Colombia, Colombia

Recepción: 10 Enero 2018
Aprobación: 03 Marzo 2018

DOI: <https://doi.org/10.22335/rct.v10i2.557>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=517764491006>

Resumen: La evaluación de la calidad de los servicios de salud es una preocupación creciente de las últimas décadas, según la revisión de literatura efectuada no se evidencia ejercicios de evaluación para los factores de la calidad percibida en optometría. Objetivo: Identificar los factores de calidad percibida del servicio de salud visual por parte de los usuarios en entidades privadas de Optometría. Método: se aplicó un cuestionario con una muestra de 382 usuarios del servicio de optometría en Bogotá. Resultados: se encontraron 6 factores que componen la calidad percibida del servicio de salud visual, que son: comunicación con el profesional, confianza del ambiente, accesibilidad, seguimiento, puntualidad, noción del tiempo. Conclusión: los seis factores explican 58,36% de la varianza con implicaciones gerenciales a ser aplicadas por los prestadores de servicios de la salud privada en Colombia.

Palabras clave: Percepción de la Calidad de Servicio, Salud Visual, Entidades Privadas, Optometría, Mercadeo de Servicios.

Abstract: Health Services Quality assessment is a growing concern of the last decades, since consumer demands, in the Colombian scope, are not covered by the public sector. Similarly, according to literature review, there are no evidence of perceived quality factors assessment for the case of visual health services. Objective: To identify the perceived quality factors of the visual health service by users in private optometry entities. Method: From a pragmatic approach, a non - experimental, cross-sectional study was performed with an exploratory sequential design. A scale designed for the purposes of this research was applied, since the literature does not report an adequate prior instrument for this area. The definitive sample is 382 users of the optometry service in Bogotá. Results: 6 factors that compose the perceived quality of the visual health service: communication with professional, environment trust, accessibility, monitoring, punctuality, and, notion of time. Conclusion: the six factors explain 58.36% of the variance and article presents managerial implications that can be applied by private health service providers in Colombia.

Keywords: Perceived Service Quality, Visual Health, Private Entities, Optometrics, Services Marketing.

Introducción

La salud y la atención visual, son componentes que intervienen en el desarrollo de las personas en su diario vivir, debido a que la pérdida de visión se asocia a un mayor riesgo de caídas accidentales y depresión en las personas (Khan, Mustafa y Sanders, 2014). En este sentido, es relevante aclarar que la salud visual se relaciona en la ocasión en que el ojo no presenta alteraciones y tiene buena visión, teniendo en cuenta que pueden presentarse defectos refractivos conocidos como hipermetropía, miopía los cuales pueden corregirse con gafas o lentes de contacto, y al ser corregidos la visión conseguirá su estado óptimo capaz (Lopez, 2009).

En este contexto, según la Organización Mundial de la Salud, “los errores de refracción no corregidos constituyen la causa más importante de discapacidad visual, pero en los países de ingresos medios y bajos las cataratas siguen siendo la principal causa de ceguera” (OMS, 2014). En Colombia, Unisalud en su Guía para la detección temprana de alteraciones visuales y patologías oculares, reporta que hay cerca de 8000 personas ciegas por cada millón de habitantes, en un gran número por causas que se pueden prevenir o curar. De ahí que exista una preocupación cada vez mayor por parte de los entes estatales, máxime cuando la cifra de personas con algún grado de discapacidad visual en el país alcance el 43.5% del total de población discapacitada, siendo aproximadamente el 9% menores de once años (Instituto Nacional Para Ciegos, 2012).

Así mismo, el Sistema de Salud Colombiano no cuenta con un sistema de información que permita monitorear los problemas de salud ocular ni información en cuanto a estos servicios, tal como tampoco se evidencian estudios que permitan identificar el impacto de dichas intervenciones, ni las necesidades de dicho ámbito (Rincón, 2005). De igual manera, el Sistema de Salud en Colombia no tiene una cobertura total de la población y en algunas regiones es difícil el acceso (Ayala, 2014).

Lo anterior, genera que las personas con problemas visuales acudan a atención particular en lugares como ópticas y consultorios privados de optometría u oftalmología. Dado este contexto, resulta de interés indagar por la calidad del servicio en la salud visual, debido a que cada día hay mayor población con problemas visuales, evidenciado en que hay un 40% de personas no afiliadas al sistema de salud, que tienen una prevalencia de cataratas en alguno de sus ojos, contra 36% en personas afiliadas al sistema de salud. A su vez, la prevalencia general de problemas visuales en al menos un ojo, en Colombia, fue del 41% probando los problemas de factores relacionados con los servicios de salud general (Cuéllar, 2002). Al igual que en otros países la barrera para cirugía de cataratas genera gran población con problemas visuales prevenibles (Chandrashekar, Bhat, Pai y Nair, 2016)

Así mismo, Delgado et al. (2010). Afirman que “La evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha venido convirtiendo en una preocupación creciente en las últimas décadas” (p.534). Sin embargo, Rincon, (2005), muestra que “se evidencian pocos estudios dirigidos a

identificar el impacto de dichas intervenciones o las necesidades de dicho ámbito” (p.3).

Toda vez que la prestación de atención de salud se encuentra actualmente en el punto medio de un período de transición caracterizado, en primera instancia, por la mejora continua y la evaluación de los servicios que los suministradores de atención de salud están ofreciendo a los pacientes, y en segunda instancia por un aumento de las demandas del consumidor quienes buscan servicios de salud eficientes, y de fácil acceso, que en el ámbito colombiano no son cubiertos por lo público (Wang et al., 2015).

Dado lo anterior, surgió la necesidad de contar con una validación empírica que permitió revisar los servicios de salud en pro de la mejora de estos, dado que se evidenció que aspectos como la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios son asuntos importantes para la consolidación de las organizaciones de salud en el medio (Otálora y Orejuela, 2007). Sin embargo, el ámbito de la evaluación de la calidad de servicios de salud visual en el país es nula debido a que no hay evidencia de estudios previos.

Es así que, teniendo en cuenta que existen diferentes investigaciones sobre las causas y porcentajes de problemas visuales en Colombia en Salud Pública (Ayala, 2014; Delgado et al., 2010; Cañón, 2011; Martínez y Villarraga, 2009; Rincon, 2005), al igual que la evaluación de Servicio en Salud en general a nivel mundial, (Cheah, 2014; Dickinson et al., 2011; Jung et al., 2015; Manterola, Pineda, Vial, 2007, Wong et al., 2015), los cuales carecen de un abordaje hacia el ámbito de la Salud Visual. A su vez, se las cifras presentadas previamente muestran que el índice de consulta es significativo en el país, por esto surgió la necesidad de investigar la calidad del servicio en salud visual.

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores de calidad del servicio de salud visual percibidos por parte de los usuarios en entidades privadas de Optometría en la ciudad de Bogotá?

Es relevante tener en cuenta que el ámbito geográfico para esta investigación es Bogotá, dado que en Colombia según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2015) a septiembre de 2015 hay 48.339.334 habitantes, donde Bogotá corresponde a 7 878 783 de habitantes, esta ciudad ocupa, un tercer lugar de personas con discapacidad visual que corresponde al 10,56% de donde algunos nacieron con ella, otros la adquirieron y otros son legalmente ciegos (Montoya, Herrera y Serrano, 2012). A su vez, Ministerio De La Protección Social, (2012). Indica que “en Colombia para el 2013 el 92% de la población tiene seguro, donde el 49% corresponde al régimen subsidiado” (p.363). Por lo anterior, hay aumento de prestadores de servicio privados. Según Martínez y Villarraga (2009) tan solo en el país hay 1002 Ópticas registradas en cámara y comercio al 2009, de estas 687 están habilitadas, en Bogotá hay 231 Ópticas registradas y habilitadas corresponde al 71% y 96 registradas no habilitadas corresponde al 29%. Por cada óptica habilitada, tendrían acceso un promedio de 29.610 pacientes, que es lo mismo a decir que hay 3,38 ópticas habilitadas por cada 100.000 habitantes” (p. 50).

Marco teórico

El marketing para el ámbito de la salud debe tener en consideración no sólo la obtención de rentabilidad, sino entender y dar solución a las necesidades de las personas tanto en la creación de nuevos productos llamados bienes, y cuando no existe algo material se conoce como servicios, como la salud que busca dar solución a necesidades del ser humano (Torres, 1996. p, 5).

Torres (1996) da cuenta de que las personas acceden a servicios de salud privados dado que existen demandas insatisfechas del sector público y hay individuos con capacidad de pago que prefieren lo particular. A su vez, existe abundancia de profesionales, de diferentes áreas y especializaciones en servicios de salud, donde el acceso a la información permite al consumidor conocer, y tener mayores alternativas a la hora de escoger. (p. 4)

En este contexto, la salud visual se refiere a que el ojo no presente ninguna alteración patológica o de agudeza visual, pero se debe tener en cuenta los problemas refractivos más comunes requieren de corrección óptica permitiendo que el ojo alcance su mejor agudeza visual con su corrección esto no quiere decir que el ojo tenga una enfermedad (Lopez, 2009); problemas refractivos que se pueden identificar y corregir en una consulta privada.

De hecho, Leamon et al. (2014) concluyeron que la asistencia al optómetra a menudo es impulsada solo por los síntomas como disminución de la visión debido a que las personas piensan en el costo de las gafas y esto sin duda, afecta a la percepción de la función del servicio, en las personas. Del mismo modo, las personas piensan que el único papel de un optometrista es la prescripción de gafas o lentes de contacto. Este elemento comercial también puede provocar la desconfianza en la relación cuidados con la salud visual (p.671) pero de igual manera existe difícil acceso en población vulnerable, donde de igual manera se incrementan los costos para que los profesionales de salud lleguen a asistirlos (Shickle et al., 2015).

A su vez, en un estudio realizado en Estados Unidos se argumenta que los optómetras se distribuyen de manera equitativa geográficamente y son más propensos a atender horas de fin de semana y hasta tarde en la oficina, lo que permite un mayor acceso del paciente que la atención oftalmológica (Soroka, 1991, p.457). De igual manera lo podemos anudar a Colombia, de acuerdo al número de Ópticas que tenemos, como ya se mencionó anteriormente, lo que nos indica que hay gran población que asiste a este servicio por la demanda que presenta.

Así mismo, Dickinson et al.(2011) realizaron un estudio en el Reino Unido en los servicios de baja visión que evaluó dos factores los cuales fueron el de 'ventanilla única' que hace referencia a la atención y momento de espera cuando el paciente llega e 'integrados' que hacía referencia cuando el paciente es atendido en la consulta en este caso de baja visión, evaluados según las normas que tenía la clínica en el momento, donde encontraron que ninguno de ellos cumplía íntegramente todos los

criterios deseables de un servicio integral. Documentados, sus métodos de acceso, tiempos de espera, profesionales implicados, intensidad y duración del servicio, y las vías de remisión a otras agencias. Los cuales son importantes para el momento de la evaluación de la salud visual.

De igual manera, para el ámbito de los servicios de salud es relevante considerar variables como la edad, ingresos, género, etnia, educación, estado civil estado, lugar de residencia y trabajo. Lo anterior para así poder evaluar la calidad de los servicios de salud dado que éstas variables muestran influencia en la identificación de los encuestados los servicios relacionados con la educación para la salud (Cheah, 2014; Jung et al., 2015).

El servicio a su vez, es un evento en el que no necesariamente se intercambian tangibles; sin embargo, el concepto de calidad para el médico, el paciente, y para diferentes profesiones tiene diversas definiciones. No obstante, la evaluación del concepto para los usuarios ha tomado valor debido a las reformas del sector salud (Delgado et al., 2010).

En un reporte del Ministerio de Salud y protección Social Betancour, et al. (2005) indican que “la calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” (2005, p.7). Por lo tanto, la adecuada calidad de la atención primaria promueve un mejor estado de salud de la población, menores costos de atención de salud, y la distribución más equitativa de la salud dentro y entre poblaciones. (Wang et al., 2015).

Así mismo, la calidad del servicio se define como el cumplimiento y capacidad de un proveedor de servicios para satisfacer las necesidades y perspectivas del paciente las cuales dan lugar a la percepción positiva del cliente hacia las capacidades del proveedor de servicios (Zarei, Daneshkohan, Khabiri y Arab, 2014). Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, se indican los factores de calidad del servicio para el contexto de la salud.

Factores de calidad del servicio en el contexto de la salud

En 2001, el Instituto de Atención de Salud de Holanda definió seis objetivos (Puntualidad, Accesibilidad, Comunicación, Disponibilidad del personal, Privacidad, Puntos de apoyo después de darse de alta) para ayudar a mejorar la calidad de la atención de salud (Soeteman, Peters y Busari, 2015).

En coincidencia con lo anterior, tanto Wong et al. (2015) como Jung et al. (2015) obtuvieron resultados en común a los siguientes factores de calidad: el tiempo de espera, ambiente, el personal de salud, falta de información de los procesos y medicamentos, acceso y tiempo en consulta; no obstante, se debe tener presente que éste último estudio fue aplicado en línea.

A su vez, Almeida, Bourliataux-Lajoine y Martins. (2015). Realizaron una revisión sistemática a los instrumentos para medir la satisfacción de usuarios de servicios de salud en donde encontraron que la satisfacción del

usuario cuenta con aspectos determinantes como: la interacción paciente-profesional, entorno físico, los procesos y la gestión interna, generan satisfacción de los usuarios. Por esto Tabrizi, Askari, Fardiazar, Koshavar, y Gholipour (2014) en su estudio afirman:

...es importante tener presente que, si hospitales privados tienen como objetivo mejorar la confianza de los pacientes, los esfuerzos de mejora de la calidad deben centrarse en los aspectos de gestión de la prestación de servicios, tales como la programación, oportuna y cuidadosa el hacer de los servicios, y el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, así como las habilidades de comunicación de los médicos, enfermeras y otro personal (p. 22).

En este orden de ideas, al integrar la literatura de factores de calidad de servicio para el ámbito de la salud (Almeida et al., 2015; Jung, et al., 2015; Soeteman et al., 2015; Tabrizi et al., 2014; Wong et al., 2015); se encuentra que en común se deben evaluar la Puntualidad, Accesibilidad Comunicación con el Profesional, Disponibilidad, Seguimiento, Ambiente, Confianza, Tiempo de Espera y Tiempo de servicio. A continuación, se definen estos conceptos, así mismo abordados por diferentes autores ver la Tabla 1.

Por puntualidad Soeteman et al. (2015) se refiere a brindar atención oportuna a los pacientes ayuda a reducir los retrasos perjudiciales; lo que implica que esta variable es un determinante esencial de satisfacción de los pacientes en la práctica asistencial.

La accesibilidad se ha definido como la distancia adecuada para que toda la población pueda acceder, entendiéndose como la oferta sin que sea difícil para todos. (Comes et al., 2007). De igual manera, la literatura indica que las entidades de salud deben ser para todos incluso para la población más vulnerable (Jung et al. 2015; Wong et al., 2015); además, en otros referentes se encuentra como resultado que el factor accesibilidad es percibido como la proximidad física de los establecimientos de salud, y la presencia de los mismos son predictores de la satisfacción del servicio de salud en los pacientes (Dagnew et al., 2015).

Si hay una comunicación con el profesional, deber ser de manera efectiva, entendible brinde un diagnóstico y solución al problema consultado, de manera racional o psicológica permitiendo que este manejo dado por el profesional mejore la satisfacción del paciente, para que ese se sienta respaldado (Moore, et al., 2010). De igual manera Zarei et al., (2014) encontraron que en su estudio en las clínicas del Reino Unido la calidad de la relación entre médico paciente y los aspectos interpersonales de la atención tiene un efecto muy fuerte en la confianza del paciente y la capacidad y honradez del prestador de servicios, así como la apreciación positiva de la calidad de la atención.

Tabla 1
Factores de calidad de los servicios privados de salud visual encontrados en la literatura

| Factor de calidad | Autores |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Accesibilidad | (Comes et al. 2007; Dagnew et al., 2015; Jung et al. 2015; Wong et al., 2015) |
| Puntualidad | (Santos et al., 2015; Bello y Ubaque y Villalba y Riaño, 2014; Soeteman et al., 2015; Tabrizi et al., 2014) |
| Comunicación con el profesional | (Santos et al., 2015; Jung et al., 2015; Moore et al., 2010; Soeteman et al., 2015; Tabrizi et al., 2014; Zarei et al., 2014) |
| Disponibilidad | (Jung et al., 2015; Soroka, 1991; Wong et al., 2015) |
| Seguimiento | (Santos et al., 2015; Goroll, Berenson, Schoenbaum y Gardner, 2007; Tabrizi et al., 2014; Wong et al., 2015) |
| Ambiente | (Santos et al., 2015; Jung et al., 2015; Soeteman et al., 2015; Wong et al., 2015; Zarei et al., 2014) |
| Confianza | (Jung et al., 2015; Ruiz-Moral, 2007; Soeteman et al., 2015; Tabrizi et al., 2014; Wong et al., 2015; Zarei et al., 2014) |
| Tiempo de espera | (Santos et al., 2015; Soeteman et al., 2015; Soto, Benavente, 2008; Wong et al., 2015) |
| Tiempo de servicio | (Soeteman et al., 2015; Soto, sf, Wong et al., 2015) |

Fuente: Autores

En cuanto a la disponibilidad Medicus Mundi la relaciona con la cantidad de entidades de salud de profesionales y personal de atención al usuario, así como las condiciones sanitarias óptimas para el desempeño del servicio de salud. De aquí que Soroka (1991) y Wong et al. (2015) encontraron que la disponibilidad de la atención de establecimientos privados de salud está relacionada con la cercanía, lugares y horarios de atención de los prestadores de salud, afectando o no la calidad percibida al momento de solicitar una cita.

El Seguimiento es la continuación después del diagnóstico, con intervención ya sea terapéutico, invasivo, preventivo o debida remisión, buscando la recuperación y un buen estado de salud del paciente, evaluando su progreso y controlando complicaciones o evitando nuevos sucesos (Goroll, Berenson, Schoenbaum y Gardner, 2007) y (Tabrizi et al., 2014) encontraron que la continuidad de la atención, es un aspecto importante de la calidad desde la perspectiva de los pacientes, para diferentes enfermedades que sugieren se percibe progreso de la calidad de la atención por tener un médico regular, para que los clientes del sistema de salud con un proveedor de atención regular podrían ser más propensos a recibir una atención óptima.

El ambiente se define como el medio en el que vive el individuo propicio para su funcionamiento, desarrollo, bienestar y/o supervivencia. Donde influye la percepción del usuario del lugar generando respuestas emocionales y de consumo ya sea positivas o negativas generando de igual manera intervención en el autocontrol del usuario (Jung et al. 2015; Muñiz, 2015; Zarei et al., 2014). Obtuvieron en sus estudios que la percepción de un ambiente limpio, amplio, y elementos de distracción en el lugar puede atraer la confianza del paciente y, de hecho, que se perciba que los hospitales pueden satisfacer las necesidades del paciente. Por qué cusan distracción del tiempo y relajación de la tensión que los pacientes tienen.

La confianza para Ruiz, (2007) “Es parte esencial en la relación médico-paciente, la base de esta son las normas éticas y legales de confidencialidad que se espera que respeten los profesionales de la salud. El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos” (p.52)- Al igual que Zarei et al. (2014) encontró en su estudio que la confianza se entiende como la creencia del paciente para el médico o el hospital basado en el concepto de que el proveedor de atención busca lo mejor para el paciente y proporcionará la atención y el tratamiento adecuado para él / ella. Uno de los puntos más importantes que determinan la confianza del paciente es la calidad del servicio.

El Tiempo de espera “es el promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio y el inicio de esta por el médico”. (Soeteman et al., 2015) y (Soto, s.f) obtuvieron como resultado en su estudio que los pacientes, que presentaban un tiempo de espera mayor, este influía negativamente en la calidad percibida de la atención recibido del médico, que incluye varios elementos de calidad del servicio.

El tiempo del servicio “es el tiempo que dura la prestación del servicio. Tanto el tiempo máximo como el mínimo son parámetros de calidad y de gestión en la asistencia sanitaria”. (Soto, s.f., p.2). Como encontraron Wong et al. (2015) existe una tendencia creciente hacia percibir mayor satisfacción con el aumento de la duración de las consultas de 15 minutos a 20 minutos para el tiempo total asignado para las consultas.

Evaluación de los factores de calidad

En primera instancia, el modelo de la escuela americana de Parasuraman, V. Zeithaml y Berry. (1988) se ha materializado con la escala SERVQUAL, Jung et al. (2015) indican que el modelo contribuye a obtener valoraciones de los clientes de la percepción y las expectativas del servicio. En este contexto Ayerbe (2015) indica que SERVQUAL es la escala más utilizada para la evaluación de la calidad de los servicios públicos, también ha sido utilizado para la evaluación de diferentes tipos de servicios de atención, no solo de salud, debido a que permite indagar sobre las expectativas y percepciones de los usuarios para así poder satisfacerlas. Desde otra perspectiva conceptual. Croning y Taylor (1994) diseñaron una escala más concisa donde partiendo de modelo SERVQUAL realizaron la escala SERVPERF la cual solo se basa en las percepciones de los usuarios generando que se realicen menos preguntas (Ibarra, Espinoza y Casas, 2015). A partir de estos Brady, y Cronin (2001) plantearon el Modelo Jerárquico Multidimensional, que parte de los planteamientos de la literatura previa (Dabholkar, Thorpe y Rentz, 1996; Parasuraman et al., 1988; Rust, R, Oliver, 1994), indican que “los consumidores que forman sus percepciones sobre la calidad del servicio en base a una evaluación del desempeño en múltiples niveles, y al final combinan esas evaluaciones para llegar a la percepción global de la calidad del servicio” (p.11). Sin embargo, se reconoce que este constructo es complejo y por ende las dos perspectivas pueden ser utilizadas y son

complementarias Brady, y Cronin, (2001). de igual manera, Colmenares y Saavedra. (2007).

Finalmente, Teas (1993) en su modelo de Desempeño Evaluado, PE, por su sigla en inglés, el autor discutió con los autores de SERVQUAL sobre “expectativas”, otros modelos similares a este llegando a indicar que la diferencia entre las percepciones y las expectativas no necesariamente son niveles de calidad percibida como lo plantea el modelo inicial.

Anudado a lo anterior en estudios realizados en otros países cada uno maneja un método diferente dependiendo del país pero tienen en común que el método es avalado por universidad, escuela o entidad de salud reconocida, los cuestionarios son diseñados como por ejemplo “Primary Care Quality among Different Health Care Structures in Tibet, China utilizo el (PCAT-T) Evaluación de la Atención Primaria que fue desarrollado por la Universidad Johns Hopkins” (Wang et al., 2015), en “Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review mediante (COSMIN) herramienta estandarizada para evaluar la calidad metodológica” (Dagnew et al., 2015). A nivel de Colombia también se han utilizado diferentes metodologías una de las más comunes es SERVQUAL que prevalece en investigaciones de evaluación calidad en instituciones de salud como en “Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing” (Otálora y Orejuela, 2007), también en “Calidad de la atención en salud Percepción de los usuarios” (Urriago y Viafara, 2010), “Percepción De Calidad En Salud Aplicado A La IPS Nueva Salud S.A.S. De San José Del Guaviare Y Propuesta De Acción Para La Mejora” (Sabogal, 2015) y otros estudios todos basados en cuestionarios con escala de medición Likert.

Método

Dada la naturaleza del problema de investigación la investigación se desarrolló desde el paradigma pragmático con un enfoque descriptivo, no experimental y transversal simple. Así mismo, el diseño de la investigación fue secuencial exploratorio (Cowman, 1993; Creswell, 2003; Muñoz Poblete, 2013; Soeteman et al., 2015), se utilizaron herramientas cualitativas y cuantitativas.

Teniendo en cuenta la carencia de un método o instrumento para evaluar todos los factores comunes encontrados en la literatura para el ámbito de los servicios de salud (puntualidad, accesibilidad, comunicación con el profesional, seguimiento, ambiente, confianza, tiempo de espera y tiempo del servicio) fue necesario crear un instrumento que abarcará todas estas características para la evaluación de la percepción de la calidad de servicio para el caso de la salud visual.

En este sentido, primero se realizó una fase cualitativa en la que con entrevistas en profundidad. Dado que en primera instancia, el contexto de la salud, la metodología cualitativa ha permitido que profesionales de diferentes áreas de la salud generen grandes aportes a través de sus investigaciones (Salgado y Mart, 2007); en segunda, tal como se

presentó en la revisión de literatura no existe un consenso sobre el mecanismo adecuado para evaluar la calidad; y en tercera instancia, la entrevista en profundidad funge como uno de los mecanismos para realizar validaciones cognitivas previas a la construcción de instrumentos cerrados (Padilla, García y Gómez, 2007), se realizaron 5 entrevistas en profundidad semiestructuradas con una guía la cual permitió, indagar sobre los diferentes factores a 5 perfiles diferentes, que fueron:

1. **1. Paciente joven usuario de gafas desde niño:** permitió conocer la percepción actual y desde niño del servicio de optometría y los cambios percibidos a través del tiempo.
- 2. Paciente usuario de lentes de contacto:** mostró percepción del concepto de servicio de optometría dado que el manejo de un usuario de lentes de contacto, el proceso de adaptación y cuidados es diferente.
- 3. Paciente de la tercera edad usuario de gafas por su edad:** permitió ver como es la percepción de los factores de calidad de una persona de edad que usa gafas y asiste al servicio por esta causa.
- 4. Paciente de tercera edad que ya usuario de gafas anteriormente no causado por su edad:** permitió contrarrestar la percepción del servicio optometría en el momento de que además de usar gafas por su defecto visual también debe usarlas por su edad y como ha sido su percepción de los factores de calidad.
- 5. Paciente que asiste al servicio de optometría, pero no presenta ninguna molestia visual:** permitió saber cómo es la percepción ante estos factores de primera impresión en el servicio de optometría.

Los anteriores participantes fueron seleccionados para la entrevista en profundidad dado que sus perfiles enmarcaban diferentes edades y percepciones que se presentan a diario en el servicio privado de optometría, considerando así que encierran los factores evaluados desde diferentes puntos que permitieron ver su congruencia y entendimiento sobre estos, donde los resultados fueron utilizados para la fase cuantitativa, estos individuos no fueron incluidos en la parte cuantitativa a los cuales se les realizó un consentimiento informado de manera verbal que indicaba que sus respuestas serían usadas para fines académicos.

Los resultados de la fase cualitativa se registraron y analizaron a través de Atlas. Ti, dado que es uno de los más utilizados a nivel mundial para análisis cualitativos, permitiendo la creación de códigos y mapas para realizar análisis hermenéutico y no sólo evaluar las variables de la investigación, sino descubrir posibles dimensiones emergentes con respecto a la literatura revisada y también realizar un pretest cognitivo de lo que entienden o de cómo se comprende la definición de las variables por parte de los participantes.

Es así, que posterior al análisis de resultados se realizó la etapa cuantitativa a través de un formulario de preguntas cerradas tipo Likert

diseñada para los fines de esta investigación, dado que la literatura no reporta un instrumento adecuado para este ámbito. A su vez se contó con una Tablet y los cuestionarios impresos para evitar renuencia a respuesta. El instrumento se aplicó a 382 personas usuarias del servicio de optometría, a las cuales se les realizó un consentimiento informado al iniciar la encuesta donde aceptaban que sus respuestas serían para uso académico, en edades entre 18 y 60 años, en 6 ópticas de Bogotá, ubicadas estratégicamente ver Tabla 2, seleccionadas aleatoriamente, para así abarcar la mayor población de esta a nivel de diferentes barrios, a las cuales previamente vía telefónica se les indagó el número de historias clínicas, que corresponde a el número de pacientes atendidos desde el momento en que la óptica fue fundada hasta el mes de octubre de 2015 para así poder distribuir la población equitativamente, según el dato que fue administrado por estas, teniendo en cuenta que algunas son más antiguas que otras, al igual que el flujo de pacientes no es el mismo en cada sector.

Tabla 2
Distribución de la muestra

| Ubicación de la óptica | Numero de historias | Muestra |
|------------------------|---------------------|---------|
| Rincon | 4735 | 70 |
| San Cristóbal Norte | 214 | 58 |
| Villas de Granada | 71 | 55 |
| Centro | 9901 | 70 |
| Olaya | 6570 | 70 |
| La Victoria | 340 | 59 |
| Total | 21831 | 382 |

Fuente: Autores

Inicialmente como se había mencionado se realizarían las encuestas en las 6 ópticas, pero debido a que no se evidencio gran frecuencia de pacientes en las ópticas se decidió realizar las encuestas on line para completar la muestra de 382 teniendo en cuenta que la mayoría de la población ha asistido alguna vez a consulta de optometría la recolección de datos duro un mes.

Los resultados de la fase cuantitativa se registraron y analizaron en IBM SPSS Statistics 20, se evaluó la fiabilidad del instrumento cerrado mediante la consistencia interna de las 40 preguntas realizadas a las 382 encuestados se realizó el índice de Alfa de Cronbach, por medio de la herramienta SPSS, la cual arrojó como resultado, 0,917, esto indica que los ítems poseen un nivel de fiabilidad alto.

Resultados

Dado que la literatura previa aborda la atención en salud, en general, más no es específica en el ámbito de la optometría, se realizaron entrevistas en profundidad con el propósito de validar cognitivamente con usuarios las posibles variable, por tanto, los ejes de indagación fueron: puntualidad, accesibilidad, comunicación con el profesional, disponibilidad, ambiente,

seguimiento, confianza, tiempo de espera y tiempo de servicio. El resumen del análisis hermenéutico se presenta en la Figura 1.

Donde se evidenció que de los 9 factores encontrados en la literatura inicialmente algunos factores fueron percibidos por los entrevistados como iguales: como al mencionarse en las preguntas la palabra accesibilidad [51-6] y disponibilidad [30-10], según la literatura consultada la accesibilidad se relaciona con que toda la población pueda acceder y con la distancia a la cual se encuentra la entidad, y la disponibilidad que corresponde al número adecuado de entidades para la atención, los horarios y la disponibilidad de recursos humanos e insumos médicos, los entrevistados en las preguntas que contenían estas dos palabras no tenían clara la diferencia combinaban las dos definiciones evidenciadas en sus respuestas hablaban del número de ópticas, los horarios de atención y la distancia, dónde también tenían en cuenta si el profesional si era bueno o malo. De igual forma se encontró que los dos factores se conectan uno con el otro pero que los entrevistados no tienen una definición puntual de cada uno, aunque lo asocian a los ítems así no sea exacto, reconocen los factores y los relacionan al tema a evaluar. A continuación, se presentan algunas de los discursos textuales de disponibilidad y accesibilidad



Figura 1

Factores de calidad percepción de los usuarios. Fuente: Autores

“... [Por ejemplo a veces estoy en unas zonas en el sur y me cayó un mugresito o algo y va uno a buscar un optómetra y no hay, está cerrado, toca ir muy lejos o en algunas ópticas es por turnos los optómetras no son fijos]” (Entrevistado 1, 2016).

“... [Por ejemplo el centro y chapinero, se encuentran más ópticas desbordantes, pero pues uno piensa y el resto de la población que está en otras partes de la ciudad qué es lo que tiene que hacer, trasladarse para que lo puedan atender, realmente pueden ir a esos sitios o qué pasa y también depende de los horarios disponibles de tiempo y atención, entonces no sé hasta qué punto estas cantidades de ópticas que se ven más cubre a cabalidad el tema de toda la población y más digamos en una Bogotá que está en crecimiento permanente, y que digamos los problemas visuales es pan de cada día, es algo necesario e indispensable]...” (Entrevistado 4, 2016).

La comunicación con el profesional [56-15] se vinculó con la confianza [35-18] que según la literatura es la relación médico paciente, no obstante, en los entrevistados se encontró que la confianza, también es percibida en la relación con el profesional y con las personas a cargo de la óptica y los aspectos físicos en especial la higiene de esta misma y la presentación del personal, de igual manera se relaciona con el factor ambiente [41-17] en la literatura como aspectos físicos pero fue percibido como el servicio del personal de la óptica, por ejemplo:

“... [Que al menos la persona que lo va a atender a uno sea de buen genio, lo sepa examinar y le sepa dar bien la fórmula]...” (Entrevistado 3, 2016)

“...[No todas son igual de grandes, algunas son más pequeñas pero si un lugar donde uno pueda cómo sentarse, un ambiente donde no haya interrupción o interferencia con la recepcionista y que si llega a otra persona y tú estás en el medio tiene que haber un lugar donde el que está esperando este cómodo y no interfiera

con el resto de personas que no van a cita sino por unas gafas o algo y uno esté de metido, sino un lugar pequeño, una sala de espera, no todas las ópticas son igual de grandes pero si dos o tres sillas donde uno se siente y esperé y puede leer una revista sin interferir con los demás usuarios lo más importante también es el respeto y la atención de del personal con todos, sin importar quién es]...”(Entrevistado 1,2016).

De igual manera se encontró que los usuarios asocian la confianza a él buen diagnóstico y manejo de la consulta por parte del profesional, la atención que este le presta, la continuidad con el mismo profesional, así que la confianza se relaciona con todos los factores en especial con el ambiente.

“... [Porque esa persona me fórmula bien las gafas y yo me siento muy cómoda y no tengo ningún inconveniente y veo perfecto]...” (Entrevistado 2,2016)

“.... [Que tenga todos los aparatos eso es un buen servicio porque uno dice vea esto es lo último, uno entra con más confianza porque aquí tienen lo último y si teniendo lo último no le dan a uno con el chiste de qué gafas necesita].... (Entrevistado 3, 2016).

La puntualidad [24-5] en las entidades de salud visual es percibida de diferentes maneras dado que influye en la confianza del paciente con la óptica y el profesional, los entrevistados en común reportaban que en una entidad visual privada el tiempo de espera [33-7] no es tan largo, reportan los entrevistados que es debido a la cantidad de ópticas y por qué es pagando, al igual que decían que si tenían que esperar era por que llegaban al tiempo que otros pacientes, y tampoco esperaría mucho tiempo si se llegará a presentar la situación, reportan como espera 15 minutos y máximo 30.

“...[Se demoran 15 minutos con cada persona y lo normal que se demoran cada vez que atienden o le hacen el examen a una persona, y me parece adecuado, ni exagerado ni lo mínimo]...”(Entrevistado 4,2016).

“... [Pues sí técnicamente es de inmediato y ni siquiera tengo que apartar la cita simplemente llegó y están disponibles]...” (Entrevistado 5.2016).

“... [Yo alcanzó a esperar hasta media hora porque digo sería que tiene más pacientes, hoy llegó tarde, y pues uno también es humano y tiene cosas] ...” (Entrevistado 6,2016).

Además, se encontró que en el tiempo de servicio [21-6] las personas no tienen claridad, pero asocian a que debe haber un tiempo prudente de duración para que sea de calidad, indicaron que, si era muy rápida, la consulta no era de calidad porque no se realizaba completa ni con la atención indicada, y si demorada surgía la duda de si el profesional era idóneo o no, generaba duda del diagnóstico final.

“... [Que el profesional no me quiere atender de la mejor manera y quisiera salir del paso de ver a su paciente lo más rápido posible]...” (Entrevistado 5, 2016)

“...[claramente uno se encontraba con citas de 15 minutos en las que no creo que en 15 minutos francamente se pueda hacer mucho, y en efecto eso se veía reflejado en lo que le formulaban a uno y en lo que le podrían decir] ...”(entrevistado 4,2016)

En esta investigación se evidenciaron diferentes factores de calidad debido a la perspectiva de los usuarios de acuerdo a sus experiencias con

el servicio en las entidades privadas de salud visual y el concepto que tienen de la definición de los factores los cuales para este estudio no fueron exactos e incluso diferentes a los 9 evidenciados en la literatura. Estos hallazgos permitieron encontrar que algunos factores subsumían a los otros (accesibilidad y disponibilidad) llamado accesibilidad dado que para los entrevistados era más familiar, (Puntualidad, Tiempo de Espera y Tiempo de Servicio) denominado noción del tiempo, pero a su vez los factores 6 factores finalmente encontrados contenían preguntas de cada factor es decir que los 9 fueron evaluados cada uno con 12 preguntas obtenidas de las entrevistas. Posterior a esto se realizó en Excel un formato que contenía definición de los factores ya mencionados en la revisión de literatura el nombre dado al factor a evaluar y las 108 preguntas se envió a 12 jueces expertos para evaluación del instrumento donde se les solicitó su evaluación con $K=0,896$ lo cual indica acuerdo. Consecuentemente, se revisaron los supuestos previos de normalidad, heterocedasticidad y multicolinealidad, los resultados muestran ausencia de normalidad, no heterocedasticidad y cierto grado de multicolinealidad. Posteriormente, se realizó la prueba de KMO y de esfericidad de Bartlett que se presenta en la Tabla 3; adicionalmente, se revisó la adecuación individual a partir de la matriz de correlaciones anti-imagen. Lo anterior, permitió verificar la viabilidad de ejecutar análisis factorial exploratorio.

Tabla 3
Prueba de KMO y Bartlett

| Prueba de KMO y Bartlett | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------|----------|
| Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo | | ,896 |
| | Aprox. Chi-cuadrado | 8253,246 |
| Prueba de esfericidad de Bartlett | Gl | 780 |
| | Sig. | ,000 |

Fuente: Autores

PDF generado a partir de XML-JATS4R por Redalyc
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

145

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del análisis factorial exploratorio en SPSS.

Dadas las anteriores consideraciones, se encontró que 6 factores explican el 58,36% de la varianza a continuación se presentan cada uno de ellos, que son a saber: Comunicación con el profesional, confianza del ambiente, accesibilidad, seguimiento, puntualidad y tiempo del servicio se pueden observar en la Tabla 4. El primer factor Comunicación con el profesional comprende la integridad de una buena atención por parte del optómetra diagnóstico y explicación con lenguaje entendible, que solucione el motivo de la consulta donde se deje claridad los controles de igual manera que en el momento en que se presente algún problema sea solucionado éticamente, donde la media es 2.03 y la desviación estándar 0.77.

El segundo factor se denominó confianza del ambiente, en el cual se debe tener en cuenta la presentación del personal, del profesional, de la óptica y la buena atención que estos prestan, durante todo el servicio, de igual manera un consultorio con los equipos adecuados para una consulta completa y que se pueda visualizar certificaciones del profesional, y el lugar, la media es 1,84 y la desviación estándar corresponde 0,71.

Accesibilidad es el tercer factor el cual vislumbra una distribución conveniente, disponibilidad y horarios flexibles para que toda la población pueda asistir al servicio en una entidad privada de salud visual sin necesidad de cita previa, ni desplazamientos distantes, la media es 2,015 y la desviación estándar corresponde 0,8.

El cuarto factor se designó como seguimiento que comprende controles, exámenes adicionales y remisiones pertinentes por parte del profesional hacia el paciente para seguir o prevenir alteraciones posteriores, sin olvidar que el paciente también debe realizar los tratamientos como le es indicado, la media es 2,595 y la desviación estándar corresponde 1,2515.

El quinto factor corresponde a la puntualidad lo que quiere decir que la atención sea inmediata al momento de llegar al servicio y que los horarios se han flexibles y respetados para la atención de la población, la media es 2,285 y la desviación estándar corresponde 0,8905.

El sexto factor denominado noción del tiempo que comprende atención puntual, duración del servicio y comunicación con el profesional, en cuanto a la duración del servicio comprende dos diferenciales si la consulta es muy rápida o muy demorada genera desconfianza para el paciente, la media es 2,36 y la desviación estándar corresponde 1,0665.

Discusión y Conclusiones

En la literatura se ha realizado evaluación de la calidad en salud en general tanto en entidades privadas como públicas en otros países (Ayala Garcia, 2014; Cañón, 2011; Cheah, 2014; Delgado- et al., 2010; Dickinson et al., 2011; Manterola et al., 2007; Martinez Montes y Villarraga Hernandez, 2009; Rincon, 2005; Wei et al., 2015) a pesar de que Almeida et al.(2015)

encontraron que algunos estudios no muestran claridad de si es una entidad pública o privada, algo que si se especificó en esta investigación, también encontraron que existen diferentes manera de evaluar la calidad de la salud según diferentes autores (Dabholkar, Thorpe y Rentz, 1996; Ibarra, Espinoza y Casas, 2014; Jung et al. 2015; Parasuraman et al., 1988; Rust, R y Oliver, 1994) se han aplicado diferentes instrumentos en distintos países, de igual manera para esta investigación se diseñó un instrumento propio dado que no existe uno estándar, y los existentes no eran pertinentes para esta investigación. De igual manera se evidencia que cada investigador ha evaluado factores diferentes de acuerdo al lugar que presta el servicio, sin embargo, este trabajo adopto estos factores evaluados y finalmente encontró similitud con algunos de ellos (Soeteman et al., 2015; Zarei et al., 2014).

Así mismo, esta investigación se muestra como a pesar de tantos factores encontrados en la literatura, se concluyen que para el servicio de salud visual privada en Bogotá son 6 lo cual concuerda con Soeteman et al. (2015) entre otras investigaciones donde en sus resultados comprenden la importancia de algunos de estos como Wong et al. (2015) que encontraron creciente satisfacción cuando aumentaron la duración de la consulta de 15 minutos a 25 minutos sin alterar el tiempo de espera modificando otros factores como medio ambiente y flexibilidad en la agenda diaria, como lo encontrado en noción del tiempo donde la consulta debe tener no un promedio de minutos no tan bajo ni tan alto, por que influye en la percepción del paciente, sobre la consulta.

A diferencia de Jung et al. (2015) se encontró que factores como puntualidad, tiempo de servicio, tiempo espera, disponibilidad, accesibilidad ambiente y confianza son evaluados en otros países por separado en esta investigación se subsumen y son interpretados de manera similar, por parte de la población, como ya se mencionó.

En discrepancia de Jung et al. (2015) los cuales encontraron que el ambiente es relacionado con el aspecto físico del lugar y su adecuación, esta investigación mostro que los Bogotanos perciben que el buen servicio como parte importante de este factor, tal vez se debe a la parte cultural, donde el concepto ambiente está relacionado a que las personas se han de ambiente positivo, pero tendría que investigarse más a fondo.

Sin embargo, Zarei (2014) encontraron la confianza como un factor estrechamente relacionado con la calidad del servicio, la cual es abordada como confianza entre proveedor de servicio y paciente y como la confianza del paciente frente al personal (Ruiz, 2007). Lo cual se asemeja esta investigación en cuanto a los resultados obtenidos, los cuales la mayoría de los factores contenían una pregunta en relación con confianza, pero finalmente la confianza se relacionó con ambiente, teniendo en cuenta lo mencionado en cuanto a la relación personal y profesional paciente.

De manera similar, en contraste con Dagnew et al. (2015), quienes encontraron que las personas que tienen buena comunicación y relación con el profesional, y se les realiza seguimiento a los pacientes estos tienen una mejor percepción de calidad del servicio y les genera confianza.

Y a su vez como se encontró en la fase cualitativa la experiencia de los entrevistados mostro que a pesar de su cercanía a una óptica su percepción de accesibilidad a salud visual es insatisfactoria de acuerdo a la distribución, como también se evidencio en (Dagnew et al., 2015). Pero en cuanto a su disponibilidad de horarios y acceso a la consulta los optómetras se prestan fácilmente para estar disponibles en diferentes tiempos como también se evidencia en Tabrizi et al. (2014).

Sin embargo, esta investigación tuvo como limitaciones que, en primera instancia, no toda la población de la muestra completo la encuesta en la entidad de salud visual directamente como se había planteado en el método, trajo como consecuencia le no conocer la entidad donde los encuestados tuvieron la experiencia con el servicio de salud visual.

En segunda instancia, fue limitación no encontrar literatura en Colombia sobre la calidad en entidades de salud, lo cual trajo como consecuencia no tener comparativos de los factores de salud aplicados a la población colombiana.

Dadas las consideraciones expuestas en el planteamiento del problema del cual surgió esta investigación, se destaca en primer lugar, la integración de la revisión de literatura y las entrevistas a profundidad permitieron la creación del instrumento para la evaluación de los factores de calidad de salud visual en Bogotá.

No obstante, la composición de los factores permitió hallar que algunos son subsumidos, dando como conclusión que para la evaluación de la calidad de servicio de salud visual en Bogotá son 6 los cuales son comunicación con el profesional, confianza del ambiente, seguimiento, accesibilidad, puntualidad y noción del tiempo.

La diferencia de los factores de calidad percibidos del servicio visual por parte de los usuarios en entidades privadas de Optometría en la ciudad de Bogotá según las definiciones establecidos por la literatura. Debido a que esta plantea inicialmente 9 y los resultados muestran 6 para Bogotá debido a que unos subsumen a los otros debido a que la percepción es similar para las personas no encuentran diferencias significativas.

Se evidencio que es importante en la calidad visual centrarse en la confianza que se genera del paciente con el personal, el profesional y la entidad, y los esfuerzos de mejora que estos tengan en el servicio para que cada vez sea mejor.

De igual manera se encontró que la comunicación con el profesional genera confianza en el paciente y es punto de partida para que la percepción de calidad del paciente tenga un buen resultado en el desarrollo del servicio, dado que durante y después de la consulta e incluso el seguimiento que realice el profesional son determinantes para que el paciente tenga satisfacción de la atención, si entiende su estado visual.

Futuras investigaciones deberían evaluar si estos factores se pueden aplicar teniendo en cuenta grupos focales para poder comparar si en todas las entidades, los factores encontrados en esta investigación son los indicados, al igual que la percepción de los usuarios de las diferentes entidades. Así como no se encuentra literatura de entidades visuales privadas tampoco de públicas, las cuales podrían evaluarse y mirar las

diferencias de los factores hallados y posibles que puedan surgir o como son afectados.

Referencias

- Almeida, R. S. de, Bourliataux-Lajoine, S. y Martins, M. (2015). Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(1), 11–25.
- Ayala Garcia, J. (2014). Documento de trabajo sobre Economía Regional. La Salud En Colombia: Más Cobertura Pero Menos Acceso, 45.
- Betancour, Diego, Guerrero, Ramiro, Alvarado Eduardo, Leon, Jorge, Posada, Alfredo, Cajigas, B. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud.
- Brady, M, y Cronin, J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived services quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65 (3).
- Cañón, Y. Z. (2011). La baja visión en Colombia y en el mundo. *Ciencia Y Tecnologías de La Salud*, 9, 117–123.
- Chandrashekhar, T. S., Bhat, H. V, Pai, R. P. y Nair, S. K. (2016). Coverage, utilization and barriers to cataract surgical services in rural South India: Results from a population-based study. *Public Health*, 121(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.07.027>
- Cheah, Y. K. (2014). Factors influencing consumer purchase decisions for health-promoting goods and services in Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 21(6), 35–43.
- Colmenares, O. , Saavedra, J. (2007). Aproximación teórica de la lealtad de marca#: enfoques y valoraciones. *Cuadernos de Gestión*, 7 (2), 69–81.
- Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, & Stolkiner, Alicia. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00
- Cowman, S. (1993). Triangulation: a means of reconciliation in nursing research. *Advanced Nursing*, 18.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- Croning, J, Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL. Performance-Based and Perceptions Minus Expectations Measurement of Service Quality”. *Journal of Marketing*, 68.
- Cuéllar, S. (2002). La Ceguera: Un Compromiso de Todos. *Revista MEDICINA - Vol. 24 No. 3 (60)*, 24(3), 188–196.
- Dabholkar, P. Thorpe, D. Rentz, J. (1996). A Measure of Service Quality for Retail Stores: Scale Development and Validation. *Academy of Marketing Science*, 24.
- Dagnew, T., Tessema, F. y Hiko, D. (2015). Health and Reported Satisfaction among Adolescents in Dejen District, Ethiopia#: A Cross-Sectional Study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*.
- DANE. (2015). Departamento Administrativo Nacional de estadística.
- Delgado, M. E., Vázquez-Navarrete, M. L. y de Moraes-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes

- actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 533–545. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000400001>
- Dickinson, C., Linck, P., Tudor-Edwards, R., Binns, A., Bunce, C., Harper, R., ... Margrain, T. (2011). A profile of low vision services in England: the Low Vision Service Model Evaluation (LOVSME) project. *Eye*, 25(7), 829–31. <https://doi.org/10.1038/eye.2011.112>
- Goroll, A. H., Berenson, R. A., Schoenbaum, S. C. y Gardner, L. B. (2007). Fundamental reform of payment for adult primary care: Comprehensive payment for comprehensive care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), 410–415. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0083-2>
- Ibarra, L. Espinoza, B. y Casas, V. (2014). Aplicación del modelo Servqual para evaluar la calidad en el servicio en los hospitales públicos de Hermosillo, Sonora. *Tecnociencia Chihuahua*, 8(2), 98–108.
- Jung, Yuchul, Hur, Jung, Daing, Minki, K. (2015). Identifying Key Hospital Service Quality Factors in Online Health Communities. *Journal of Medical Internet Research*, 7, 15.
- Khan, A. A., Mustafa, M. Z. y Sanders, R. (2014). Improving patient access to prevent sight loss#: ophthalmic electronic referrals and communication (Scotland). *Public Health*, 129(2), 117–123. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.10.010>
- Leamon, S., Hayden, C., Lee, H., Trudinger, D., Appelbee, E., Hurrell, D. L. y Richardson, I. (2014). Improving access to optometry services for people at risk of preventable sight loss: A qualitative study in five UK locations. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 36(4), 667–673. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdt130>
- Lopez, J. (2009). Campaña de salud visual y ocular en el instituto educativo técnico de Doima Tolima. In Universidad de La Salle (p. 70).
- Manterola, C., Pineda, V., Vial, M. y Grande, Y. L. (2007). ¿Cómo presentar los resultados de una investigación científica? I. La comunicación oral. *Cirugía Española*, 81(1), 12–17. [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71250-2](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71250-2)
- Martinez Montes, D. P. y Villarraga Hernandez, D. M. (2009). Descripción del número de ópticas habilitadas de acuerdo con la información digital del ministerio de protección social en los diferentes departamentos de Colombia. Bogotá, Colombia, 126.
- Ministerio De La Protección Social. (2012). Coberturas del régimen subsidiado.
- Montoya, P., Herrera, M. y Serrano, M. (2012). Prevalencia Y Factores Asociados A Glaucoma En Población Negra Nativa Del Choco. Instituto Nacional Para Ciegos, 1–53.
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S. y Vargas, A. (2010). La comunicación médico-paciente: ¿cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica de Chile*, 138(8), 1047–1054. <https://doi.org/10.1016/S0034-98872010000800016>
- Muñiz, R. (2015). Efecto de las variables ambientales sobre la conducta del consumidor. *Marketing Siglo XXI*, 5, 3.
- Muñoz Poblete, C. (2013). Métodos Mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud.
- OMS (2014). Organización Mundial de la Salud.

- Otálora, M. L. y Orejuela, A. R. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. Cuadernos de Administración, 20(34), 237–258.
- Padilla, J., García, A. y Gómez, J. (2007). Evaluación de cuestionarios mediante procedimientos cognitivos. Avances En Medición, 5, 115–126.
- Parasuraman, P., Zeithaml, V. y Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality, 64 (1) Journal of Retailing.
- Rincon, O. (2005). Salud Ocular en el Contexto Colombiano de la Seguridad Social en Salud. Universidad Industrial de Santander, 101.
- Ruiz-Moral, R. (2007). Relación médico-paciente#: desafíos para la formación de profesionales de la salud Physician-patient relationship#: challenges for medical Relação médico-paciente#: desafios para a formação. Interfase, 11(23), 619–623.
- Ruiz, R. (2007). Relación médico-paciente#: desafíos para la formación de profesionales de la salud Physician-patient relationship#: challenges for medical Relação médico-paciente#: desafios para a formação. Interfase, 11(23), 619–623.
- Rust, R. Oliver, R. (1994). Service Quality. New Directions in Theory and Practice. Sage Publications, 23.
- Sabogal, N. (2015). Percepción de calidad en salud aplicado a la IPS nueva salud S.A.S. de San José del Guaviare y propuesta de acción para la mejora. Bogotá: Universidad Nacional, 15.
- Salgado, A. (2007). Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor Metodológico y Retos. Liberabit, 13, 71–78.
- Shickle, D., Todkill, D., Chisholm, C., Rughani, S., Griffin, M., Cassels-Brown, A., ... Davey, C. J. (2015). Addressing inequalities in eye health with subsidies and increased fees for General Ophthalmic Services in socio-economically deprived communities: A sensitivity analysis. Public Health, 129(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.07.010>
- Soeteman, M., Peters, V. y Busari, J. O. (2015). Improving patient experience in a pediatric ambulatory clinic: a mixed method appraisal of service delivery. Journal of Multidisciplinary Healthcare, 8, 147–156. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S81245>
- Soroka, M. (1991). Comparison of Examination Fees and Availability of Routine Vision Care by Optometrists and Ophthalmologists. Public Health Reports (1974-), 106(4), 455–459.
- Tabrizi, J. S., Askari, S., Fardiazar, Z., Koshavar, H. y Gholipour, K. (2014). Service Quality of Delivered Care from the Perception of Women with Caesarean Section and Normal Delivery, 4(2), 137–143. <https://doi.org/10.5681/hpp.2014.018>
- Teas, R. K. (1993). Expectations, Performance Evaluation and Consumers' Perceptions of Quality. Marketing, 34.
- Torres, C. (1996). Mercadeo Aplicado a los Servicios de Salud. Mercadeo de Servicios En Salud, 16.
- Wang, W., Shi, L., Yin, A., Mao, Z., Maitland, E., Nicholas, S. y Liu, X. (2015). Primary care quality among different health care structures in tibet, China. BioMed Research International. <https://doi.org/10.1155/2015/206709>

- Wei, X., Li, H., Yang, N., Wong, S. Y. S., Owolabi, O., Xu, J., ... Griffiths, S. M. (2015). Comparing quality of public primary care between Hong Kong and Shanghai using validated patient assessment tools. *PLoS ONE*, 10(3), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121269>
- Wong, E. L. Y., Coulter, A., Hewitson, P., Cheung, A. W. L., Yam, C. H. K., Lui, S. F., ... Yeoh, E. K. (2015). Patient experience and satisfaction with inpatient service: Development of short form survey instrument measuring the core aspect of inpatient experience. *PLoS ONE*, 10(4), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122299>
- Zarei, E., Daneshkohan, A., Khabiri, R. y Arab, M. (2014). The Effect of Hospital Service Quality on Patient's Trust. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(1), 1–5. <https://doi.org/10.5812/ircmj.17505>

Notas

- * Artículo resultado de investigación del proyecto denominado: “Percepciones de calidad en el marco de la Gestión y Marketing de Servicios”. El proyecto ha sido financiado por la Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano.