

Citar este artículo como: Alcántara Fortuna, D.M. (2020). Actitudes y satisfacción de la población frente a los programas de salud primaria. *Revista Utesiana de la Facultad Ciencias de la Salud*, 5(5), 10-28.

ACTITUDES Y SATISFACCIÓN DE LA POBLACIÓN FRENTE A LOS PROGRAMAS DE SALUD PRIMARIA

Dulce María Alcántara Fortuna¹
Universidad Tecnológica de Santiago

RESUMEN: Esta investigación tiene como objetivo una triple función. Por un lado, analizar las actitudes y satisfacción de las comunidades en relación a los programas de atención en salud primaria; en segundo lugar, se pretende generar implicaciones para mejorar la gestión y promoción de los programas de salud primaria; y, por último, se busca validar el instrumento de medida, con la misión de que pueda ser utilizado en otras comunidades del país. El estudio ha sido realizado en comunidades de la ciudad de Santiago de los Caballeros, ubicada en la región del Cibao de la República Dominicana. La metodología aplicada ha consistido en el diseño y aplicación de un cuestionario, dirigido a los residentes comunitarios. Esta investigación aporta evidencia sobre la relación entre las actitudes de los comunitarios frente a los programas de salud primaria y la satisfacción que los comunitarios tienen frente al desarrollo de los mismos. Comprender qué dimensiones constituyen la satisfacción de los residentes sobre los programas desarrollados de salud primaria es importante tanto para la gestión del Sistema de Salud de la región como del país, sobre todo, con la misión de generar acciones que promuevan un mejor desarrollo de estos programas.

Palabras clave: Comunidad, atención primaria, salud, satisfacción, actitudes.

ABSTRACT: This research aims at a triple function. On the one hand, to analyze the activities and satisfaction of the communities in relation to primary health care programs; second, it is expected to generate implications to improve the management and promotion of primary health programs; and, finally, it seeks to validate the measurement instrument, with the mission that it can be used in other communities in the country. The study has been carried out in communities in the city of Santiago de los Caballeros, located in the Cibao region of the Dominican Republic. The applied methodology has consisted in the design and application of a questionnaire, aimed at community residents.

¹ Directora de la carrera de Enfermería de la Universidad Tecnológica de Santiago, UTESA-Sede. Autora para correspondencia: dulcealcantara@utesa.edu

This research provides evidence on the relationship between the attitudes of communities towards primary health programs and the satisfaction that communities have with their development. Understanding which dimensions changes the satisfaction of residents regarding the developed primary health programs is important both for the management of the Health System in the region and the country, especially with the mission of generating actions that promote better development of these programs.

Key words: Community, primary care, health, satisfaction, attitudes.

INTRODUCCIÓN

El término “atención primaria” apareció por primera vez en el Informe Dawson, publicado en Reino Unido en el año 1920, con la finalidad de reorganizar el sistema de salud de dicho país (Then, 2014). En 1978 quedó establecida una política de salud definida y aceptada por la mayoría de los países del mundo, y entre dichas políticas se contemplaron estrategias sobre Atención Primaria de Salud (APS) (Kroeger y Luna, 1987). Entre las estrategias de salud primaria contempladas se encuentran los programas dirigidos a poblaciones especiales, como madres, trabajadores, niños, jóvenes, mayores o incapacitados; programas para la salud en general, como de salud bucal, prevención de accidentes, saneamiento ambiental, salud mental o alimentación y nutrición; y programas para la prevención, protección y control de enfermedades (Kroeger y Luna, 1987).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han sugerido que cada país desarrolle sus propias estrategias de APS, según las necesidades de cada territorio y en base a la disponibilidad de sus recursos (Then, 2014). En República Dominicana, con la elaboración de la Agenda Estratégica Nacional para la Reforma del Sector Salud y con la actualización del Plan Decenal de Salud, se ha trabajado, desde 2008, en el desarrollo y fortalecimiento de las Unidades de Atención Primarias (UAP), a través de la dotación de una mayor capacidad resolutoria y la disposición de instrumentos técnicos (SESPAS, 2008).

Entre las diferentes funciones que tienen la UAP, cabe destacar la participación en actividades de capacitación, educación continua e investigación, en ocasiones asociadas a la academia (SESPAS, 2008). En este sentido, se podría decir que la investigación tiene como finalidad generar avances científicos que impulsen el desarrollo, y a través de los programas de salud primaria, la investigación busca generar resultados que promuevan una vida más saludable para las comunidades. Por tanto, los sistemas sanitarios

centran, cada vez más, sus reformas en la promoción e investigación de la salud, a través de enfoques preventivos (Moral *et al.*, 2018).

En este sentido, la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC, conocida en inglés como *Community-Oriented Primary Care*, COPC) ha sido un modelo práctico y exitoso, cuyo propósito es racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios existentes mediante intervenciones que reflejan los principios contenidos en la Declaración de Alma-Ata (Geiger, 2002). A partir de este modelo, se implementa la atención primaria en una comunidad específica, según sus necesidades de salud, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la atención primaria (Gofin y Gofin, 2007).

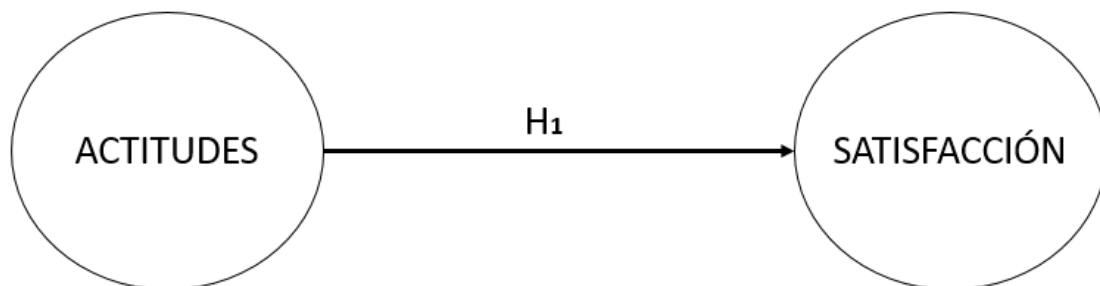
La evaluación de este tipo de programas de salud es primordial para conocer si funcionan en las comunidades, sobre todo, teniendo en cuenta que es importante la participación y responsabilidad de la población comunitaria para el desarrollo adecuado de su salud (Fernández *et al.*, 2005). Así, es necesario obtener información sobre el proceso, el contexto y las intervenciones de atención en salud primaria desarrolladas en las comunidades, a partir de estudios cualitativos y cuantitativos, con la finalidad de identificar los intereses de la comunidad (Rychetnik *et al.*, 2002). Pero, también, es importante conocer las actitudes y satisfacción de las comunidades frente a los programas de atención primaria en salud, con la finalidad de establecer implicaciones que ayuden a mejorar los servicios de la UAP.

Siguiendo a Fishbein y Ajzen (1974; 1975), las actitudes son creencias y sentimientos acerca de un objeto que promueve un comportamiento constante hacia él. De esta manera, las actitudes se relacionan positiva o negativamente con una intensidad y relevancia especiales para situaciones y objetos concretos (Rokeach, 1968). Así, las actitudes, junto con los valores y creencias, son de crucial importancia para entender las preferencias de los usuarios (Tyrväinen *et al.*, 2014). De hecho, las actitudes son un determinante básico de las intenciones conductuales y el comportamiento real de las personas (Han y Kim, 2010), incluidos en la salud primaria (Adewuya *et al.*, 2017; Mackey *et al.*, 2018).

Por su parte, la satisfacción de los usuarios se produce por la experiencia asistencial recibida (Sitzia y Wood, 1997). Así, los atributos estructurales básicos para una atención primaria efectiva y satisfactoria, aparentemente, radican en la ausencia de barreras de acceso (Campbell *et al.*, 2000). Esto incluye la accesibilidad geográfica de la atención, que describe la presencia física adecuada o la ubicación de una práctica que le permite llegar fácilmente, en relación con la distancia, los tiempos de viaje y el esfuerzo para viajar (Haggerty *et al.*, 2014), tanto para el cuidado regular como para problemas urgentes (Haggerty y Levesque, 2017).

De esta forma, esta investigación tiene como objetivo una triple función. Por un lado, analizar las actitudes y satisfacción de las comunidades en relación a los programas de atención en salud primaria; en segundo lugar, se pretende generar implicaciones para mejorar la gestión y promoción de los programas de salud primaria; y, por último, se busca validar el instrumento de medida, con la misión de que pueda ser utilizado en otras comunidades del país. Para ello, se formula la siguiente hipótesis de partida (figura 1): las actitudes de los residentes comunitarios frente a los programas de salud primaria influyen en la satisfacción que estos tienen frente a dichos programas. La relación existente entre las variables de esta hipótesis (actitud y satisfacción) ha sido comprobada en otros campos científicos (Castellanos-Verdugo *et al.*, 2016; Oviedo-García *et al.*, 2017), incluidas las ciencias de la salud (George *et al.*, 2014; Rüsck *et al.*, 2014), si bien, no se ha comprobado en el campo de la participación social comunitaria en salud. El estudio ha sido realizado en comunidades de la ciudad de Santiago de los Caballeros, ubicada en la región del Cibao de la República Dominicana. La metodología aplicada ha consistido en el diseño y aplicación de un cuestionario, dirigido a los residentes comunitarios.

Figura 1. Modelo planteado e hipótesis de partida, en relación a la programas de salud primaria.



Fuente: elaboración propia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño, estructura y participantes

Los participantes de este estudio han sido los residentes ubicados en las comunidades de Los Guandules, Reparto Santa Ana y el Fracatán de Nibaje, localizadas en las proximidades de la Sede de la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA), en Santiago de los Caballeros. El estudio fue llevado a cabo entre los meses de enero y abril de 2018 en las calles de las comunidades mencionadas, recogiendo un total de 743 cuestionarios válidos. El cuestionario se aplicó mediante la técnica de muestreo aleatorio simple, donde todo el universo tiene las mismas opciones de ser seleccionada para rellenar el cuestionario (Casas *et al.*, 2003).

El cuestionario estaba debidamente estructurado, llevándose a cabo un proceso de validación consistente en tres pasos: en el primero de estos, los ítems que han sido incluidos en el cuestionario han sido adaptados de estudios previos (Saramunee *et al.*, 2016; Mackey *et al.*, 2018; Mahrous, 2018); posteriormente, dos expertos en la materia revisaron el cuestionario con el objetivo de corroborar que el procedimiento del diseño del instrumento se realizó de forma correcta; en el tercer y último paso se aplicó un *pretest* de 12 encuestas a estudiantes del Recinto de la Sede de Santiago de los Caballeros de la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA), buscando detectar posibles desviaciones o errores en la interpretación de los cuestionarios.

La estructura del cuestionario se divide en dos partes claramente diferenciadas. En la primera parte, se aborda las actitudes y la satisfacción de los residentes frente a los programas de salud primaria, llevándose a cabo esta valoración mediante una escala de *Likert* de cinco (5) puntos (donde 1 hace referencia a "muy en desacuerdo"; 3 es "punto de indiferencia"; y 5 significa "muy de acuerdo"). Esta parte está formada por 20 ítems. En la segunda parte, se abordan preguntas relativas al perfil sociodemográfico, con un total de 12 ítems. Por tanto, el número total de ítems del cuestionario fue de 32.

Procedimiento de análisis de datos

El proceso de tabulación y análisis previo estadístico consistió en la comprobación de la fiabilidad de los ítems que forman la primera parte a través del alfa de *Cronbach*. Este procedimiento fue llevado a cabo mediante el paquete estadístico IBM SPSS v.24, comprobándose que todos los ítems eran válidos, debido a que su correlación elemento-total corregido era inferior a 0,3 (Norussis, 1993). En este sentido, el alfa de *Cronbach* válido para todos los ítems fue de 0,795, siendo válida la escala por ser superior a 0,7 (Nunnally y Bernstein, 1994).

Tras el análisis previo basado en el uso del programa estadístico IBM SPSS v.24, se procedió al uso de otro programa estadístico de Ecuaciones Estructurales basados en la varianza, a través del uso de los mínimos cuadrados parciales (en inglés *Partial Least Squares, PLS*) mediante el programa SmartPLS v.3.2.6. La elección de esta técnica de análisis PLS se realizó porque este programa permite comprobar si los conceptos iniciales teóricos se han medido de forma correcta mediante las diferentes variables observadas incluidas en el modelo, analizándose la validez y la fiabilidad de estos. Así, a la hora de llevar a cabo un análisis mediante mínimos cuadrados parciales (PLS), se plantean tres etapas muy claramente diferenciadas (Barclay *et al.*, 1995). En una primera etapa, se comprueba la bondad de ajuste; en una segunda etapa, se realiza la evaluación de la fiabilidad y validez del modelo de medida; y, en la última etapa, se desarrolla la evaluación del modelo estructural.

RESULTADOS

Para obtener una mejor comprensión de los resultados, estos se han dividido en cuatro partes. Primeramente, se presenta los resultados descriptivos de los ítems del modelo y del perfil sociodemográfico de la muestra. En segundo lugar, se muestra la valoración del modelo global, a través de la bondad de ajuste. En tercer lugar, se presenta la primera etapa del modelo PLS: evaluación de la fiabilidad y validez del modelo de medida. Y, en cuarto lugar, se muestra la evaluación del modelo estructural.

Resultados descriptivos

En la tabla 1 se muestran los datos descriptivos de la muestra analizada. Destacan mujeres (58.8%), con edades de 26-34 años (27.4%), 35-44 años (24.9%) y de 18-25 años (23.6%), que viven con 3 (28.1%) y 4 (23.8%) personas en el hogar. El 30% están estudiando y el 23.3% son trabajadores por cuenta ajena. El 36.9% ha finalizado la universidad, y el 65.9% destacan por un nivel de ingresos inferior a RD\$ 15,000 (\$300 aproximadamente).

Tabla 1. Datos descriptivos.

Sexo (n=716)		Edad (n=730)	
Hombre	41.2%	De 18-25 años	23.6%
Mujer	58.8%	De 26-34 años	27.4%
		De 35-44 años	24.9%
		De 45-54 años	14.7%
		De 55-64 años	6.4%
		De 65 o más	3.0%
Tamaño del hogar (n=705)		Actividad laboral (n=690)	
Individual	11.3%	Estudiante	30.4%
2 miembros	18.9%	Trabajador por cuenta propia	22.5%
3 miembros	28.1%	Trabajador por cuenta ajena	23.3%
4 miembros	23.8%	Desempleado	6.7%
5 o más miembros	17.9%	Jubilado	3.5%
		Ama de casa	13.6%
Nivel de educación finalizado (n=703)		Nivel de ingresos familiar en la casa (n=615)	
Sin estudios	6.4%	Menos de RD\$5,000/mes	18.0%
Primaria	23.2%	De 5,0001-10,000/mes	26.3%
Bachiller	33.4%	De 10,0001-15,000/mes	21.6%
Universidad	36.9%	De 15,001-20,000/mes	17.1%
		Más de 20,0001/mes	16.9%

Fuente: elaboración propia.

La tabla 2 muestra otros datos y hábitos de los encuestados. El 72.5% de los encuestados disponene de segúro médico de salud, considerando que es un buen seguro. En relación a los hábitos saludables, el 47.9% realiza ejercicio físico, si bien, existe un 20.9% que toma alcohol de manera continua y un 18.7% que es fumador. Los principales enfermedades que poseen ellos o algún miembro de su familia son la hipertensión arterial (35.4%) y la diabetes (29.1%). Destaca que solamente un 10.8% se considera en sobrepeso, dato que puede estar ligado al bajo nivel de consumo de alcohol y tabaco, y al porcentaje de encuestados que realizan ejercicio físico.

Tabla 2. Otros datos y hábitos de los encuestados.

<i>Disponen de seguro médico de salud</i>	72.5%
<i>Considera que el seguro de salud médico que poseen es bueno</i>	72.5%
<i>Fuma</i>	18.7%
<i>Toma alcohol de manera continua</i>	20.9%
<i>Realiza ejercicio físico</i>	47.9%
Algún miembro de la familia padece la siguiente enfermedad:	
<i>Diabetes</i>	29.1%
<i>Hipertensión arterial</i>	35.4%
<i>Asma bronquial</i>	11.1%
<i>Escabiosis</i>	4.0%
<i>Sobrepeso</i>	10.8%
<i>Enfermedades tropicales</i>	5.5%
<i>Otras</i>	8.2%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se observan los resultados descriptivos de los ítems. Estos datos se muestran en valor de la media, en base a la escala de Likert de 5 puntos. Las valoraciones son medias-bajas, no llegando ninguna a los 4 puntos. La media global para el constructo actitud es de 3,25 puntos sobre 5; para el componente satisfacción, la media global es 2,91 puntos sobre 5. Por tanto, las valoraciones de los encuestados han sido neutras (ni buenas ni malas).

Tabla 3. Resultados descriptivos de los ítems del modelo planteado.

Código	Ítems	Media
Constructo Actitud (Modo B)		
AC1	En mi casa realizo prácticas adecuadas y positivas para mi salud	3,60
AC2	Mi familia realiza prácticas adecuadas y positivas para su salud	3,52
AC3	Realizo medidas preventivas para evitar problemas de salud	3,54
AC4	En general, mi comunidad está saludable	2,87
AC5	Mi comunidad conoce los programas de atención primaria	3,14
AC6	Existen problemas de salud en mi comunidad	3,41

AC7	Existen malas prácticas de salud en mi comunidad	3,20
AC8	Existen actitudes y aptitudes favorables de mi comunidad a la hora de mejorar la salud	3,15
AC9	Existen factores que dificultan el acceso a los servicios de salud	3,17
AC10	El principal factor que dificulta el acceso a los servicios de salud son los costos del tratamiento	3,66
AC11	Los recursos para los programas estatales de atención primaria en salud son adecuados y suficientes	2,82
AC12	No existen problemas para acceder a la información de los programas de atención primaria	2,99
AC13	La información de los programas de atención primaria que se proporcionan en la comunidad es adecuada	2,98
AC14	Los programas formativos de atención primaria son adecuados	3,11
AC15	La información de los programas de atención primaria es útil	3,49
AC16	Actualmente, mi salud es excelente	3,36
Constructo Satisfacción (Modo A)		
SA1	El sistema de salud de mi comunidad cubre todas mis necesidades	2,57
SA2	Estoy satisfecho con el trato y servicios de la clínica de mi comunidad	2,99
SA3	Estoy satisfecho con las medidas preventivas en salud que realiza mi comunidad	3,01
SA4	Estoy satisfecho con mi comunidad y sus acciones para prevenir los problemas de salud	3,09

Fuente: elaboración propia.

Bondad de Ajuste global

La bondad de ajuste global del modelo ha de ser el punto de partida para su valoración, debido a que, si el modelo no se ajusta a los datos, las estimaciones obtenidas podrían carecer de sentido, llevándonos, por lo tanto, a conclusiones bastante cuestionables (Henseler *et al.*, 2016). Henseler *et al.*, (2016) señalan dos caminos para llevar a cabo los ajustes del modelo global. Una de ellas hace referencia a los propios índices de ajuste, los cuales nos proporcionan una valoración aproximada del ajuste del modelo. Otra vía es aquella basada en estadísticos inferenciales mediante *bootstrap*. En esta investigación, el ajuste del modelo global será llevado a cabo mediante la segunda opción. En este sentido, Dijkstra y Henseler (2015) se sirven de la técnica del *bootstrap* para determinar la probabilidad de obtener discrepancias entre la matriz de correlación que implica el modelo y la matriz de correlación empírica. Así, para un correcto ajuste del modelo estimado, cada uno de los tres índices de referencia (SRMR, d_{ULS} y d_G) han de presentar valores inferiores al 95% (Henseler *et al.*, 2016) o al 99% (Henseler, 2017) del

cuartil superior del *bootstrap*. En la tabla 4 se observa que, con un *bootstrap* al 99% (HI99), se cumplen las premisas establecidas por los autores anteriores (SRMR, d_{ULS} y $d_G < 99\%$ cuartil *bootstrap* -HI99-), por lo que el modelo se ajusta, pudiéndose considerar el modelo como verdadero (Henseler, 2017).

Tabla 4. Bondad de ajuste global

	SRMR		d_{ULS}		d_G	
	Modelo estimado	Cuartil superior del <i>Bootstrap</i>	Modelo estimado	Cuartil superior del <i>Bootstrap</i>	Modelo estimado	Cuartil superior del <i>Bootstrap</i>
HI95	0,033	0,036	0,230	0,271	0,073	0,114
HI99	0,033	0,063	0,230	0,830	0,073	2,373

Fuente: elaboración propia.

Análisis de fiabilidad y validez del modelo de medida

En la tabla 5 se presentan los compuestos modo A (satisfacción). Se ha procedido a su validez y fiabilidad a través de las cargas factoriales, considerándose como óptimas cargas factoriales superiores o iguales a 0,707 (Carmines y Zeller, 1979; Cepeda y Roldán, 2004), si bien, en etapas iniciales de investigación, son aceptadas cargas iguales o superiores a 0,6 (Chin, 1998). También ha de tenerse en cuenta la consistencia interna, medida a través de la fiabilidad compuesta y el alfa de Cronbach (Werts *et al.*, 1974), aunque la medida más fiable y de mejor aplicación para la consistencia interna es la fiabilidad compuesta, ya que no se encuentra influida por el número de ítems que pueda tener la escala (Fornell y Larcker, 1981; Sijtsma, 2009). Para que exista fiabilidad compuesta, los compuestos han de presentar valores de este índice superiores a 0,7 (Henseler *et al.*, 2016). La Validez Convergente también ha de ser tenida en cuenta en este proceso de validez del modelo de medida y, para ello, los valores de la Varianza Extraída Media (AVE, en inglés) han de ser superiores a 0,5 (Fornell y Larcker, 1981). En todos los casos, los valores son adecuados y, por tanto, la fiabilidad y validez de los compuestos Modo A (satisfacción) es buena.

Tabla 5. Análisis de fiabilidad y validez del modelo de medida. Modo A.

Compuesto	Ítems	Fiabilidad individual de los ítems Modo A		Fiabilidad de los compuestos o consistencia interna		
		Carga factorial (λ)	Comunalidad (λ^2)	Cronbach	Fiabilidad Compuesta (ρ_c)	Validez Convergente (A.V.E)
Satisfacción (SA)	SA1	0,666	0,444	0,720	0,815	0,526
	SA2	0,803	0,645			
	SA3	0,774	0,599			
	SA4	0,646	0,417			

Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, se calculó la Validez Discriminante, indicándonos en qué medida un compuesto es distinto a otros compuestos del modelo, acudiendo a ello a diferentes criterios para calcular la mencionada validez discriminante: el Criterio Fornell-Larcker (tabla 6), debiendo ser, para el primero de los criterios, las cargas entre ítems del mismo compuesto, superiores a las cargas respecto a los otros compuestos (tabla 7). Este criterio se cumple, también, en el modelo.

Tabla 6. Análisis fiabilidad y validez del modelo de medida. Compuestos Modo A. Validez Discriminante → Criterio de Fornell-Larcker

Criterio Fornell-Larcker	Actitud	Satisfacción
Actitud		
Satisfacción	0,276	0,725

Fuente: elaboración propia.

Tabla 7. Análisis fiabilidad y validez del modelo de medida. Compuestos Modo A. Validez Discriminante → Cargas Cruzadas

Código	Actitud	Satisfacción
AC1	-0,029	-0,008
AC2	0,361	0,1
AC3	-0,033	-0,009
AC4	0,12	0,033
AC5	0,572	0,158
AC6	0,072	0,02
AC7	0,437	0,121
AC8	0,252	0,069
AC9	0,239	0,066
AC10	-0,044	-0,012
AC11	0,343	0,095
AC12	0,32	0,088
AC13	0,047	0,013
AC14	0,12	0,033
AC15	-0,078	-0,022
AC16	0,527	0,145
SA1	0,184	0,666
SA2	0,257	0,803
SA3	0,203	0,774
SA4	0,059	0,646

Fuente: elaboración propia.

En el caso de los compuestos modo B (actitud), se analizan a través de sus pesos, indicándonos la importancia relativa que cada ítem tiene en la formación de su compuesto. También ha de tenerse en cuenta la posible existencia de multicolinealidad entre estos ítems pertenecientes a los compuestos modo B. La determinación de existencia de esta multicolinealidad es medida a través del Test del Factor de Inflación de la

Varianza (V.I.F. en inglés), indicando la existencia de este problema valores superiores a 5 (Hair *et al.*, 2014) o a 3,3 (Roberts y Thatcher, 2009). En este sentido, en la tabla 8 se presenta los resultados del proceso de validez y fiabilidad del modelo de medida para los compuestos Modo B, donde no se observan valores anómalos en ninguno de los índices y ratios calculados, observándose como los valores del V.I.F se encuentran por debajo del umbral, por lo que se no existe multicolinealidad.

Tabla 8. Análisis fiabilidad y validez del modelo de medida. Modo B

Compuesto	Ítems	Fiabilidad individual de los ítems Modo B	
		Pesos	V.I.F (Multicolinealidad)
Actitudes (AC)	AC1	-0,019	1,059
	AC2	0,159	1,080
	AC3	-0,259	1,090
	AC4	0,054	1,041
	AC5	0,494	1,077
	AC6	-0,005	1,041
	AC7	0,310	1,085
	AC8	0,176	1,063
	AC9	0,108	1,312
	AC10	-0,157	1,130
	AC11	0,275	1,103
	AC12	0,256	1,032
	AC13	0,002	1,064
	AC14	0,017	1,101
	AC15	-0,132	1,062
	AC16	0,462	1,043

Fuente: elaboración propia.

Todos los análisis anteriores hacen alcanzan los valores mínimos, por lo que la validez y fiabilidad del modelo de medida es adecuada y correcta.

Evaluación del modelo estructural

Para llevar a cabo una estimación exacta del modelo de medida se emplea la técnica del *bootstrapping* (Roldán y Sánchez-Franco, 2012), llevándose a cabo un contraste de hipótesis basado en intervalos de confianza (Barroso *et al.*, 2010) . En la tabla 9 se presenta el contraste de la hipótesis planteada, donde se observa que las actitudes de los residentes comunitarios frente a los programas de salud primaria influyen en la satisfacción que estos tienen frente a dichos programas (H1).

Tabla 9. Contraste de hipótesis

	Hipótesis	Coeficiente Path	Intervalo de Confianza (95%)		¿Soportada?
			5%	95%	
H1	Actitudes Satisfacción →	0,276 ^{sig}	0,227	0,348	Sí

Fuente: elaboración propia.

La información sobre el poder predictivo del modelo viene dado por el coeficiente de determinación o R^2 (Hair *et al.*, 2014), si bien, el test de Stone-Geiser (Q^2) brinda una mayor relevancia predictiva (Stone, 1974). Un valor de Q^2 de Stone-Geisser superior a 0 indica relevancia predictiva para el compuesto, mientras que un valor inferior a 0 indica ausencia de relevancia predictiva de dicho compuesto (Henseler *et al.*, 2009). Para esta investigación, los constructos endógenos presentan valores de R^2 y Q^2 superiores a 0 ($R^2_{SAT} = 0,076$; $Q^2_{SAT} = 0,160$).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto el impacto de las variables exógenas sobre las endógenas. Así, en la tabla 10 se observa que las actitudes explican un 7,61% de la variabilidad de la satisfacción.

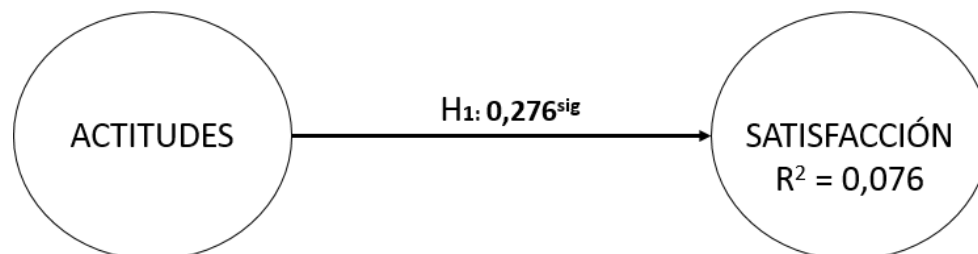
Tabla 10. Varianza explicada del modelo.

Hipótesis	Coeficiente Path	Correlación	Varianza Explicada (%)
SATISFACCIÓN H1: Actitudes	0,276	0,276	7,61%

Fuente: elaboración propia.

En resumen, el modelo cumple con bondad de ajuste buena y la fiabilidad y validez del modelo de medida es aceptable, por lo que se puede testar la hipótesis de partida (figura 2) y comprobar que las actitudes de los residentes comunitarios frente a los programas de salud primaria influyen en la satisfacción que estos tienen frente a dichos programas.

Figura 2. Modelo de la investigación.



Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de esta investigación han confirmado que las actitudes de los residentes comunitarios frente a los programas de salud primaria influyen en la satisfacción que estos tienen frente a dichos programas. En este sentido, las actitudes de los comunitarios explican, en menor medida, la variabilidad de la satisfacción con los programas de salud primaria. Este bajo nivel de explicación puede deberse a la existencia de otras variables que afectan a la percepción y los comportamientos de los residentes frente a los programas de salud primaria, si bien, esas posibles variables no han sido contempladas en el modelo de esta investigación, aunque, en futuros estudios podrían contribuir a explicar la baja satisfacción de los residentes frente a los programas de salud desarrollados en las comunidades. En todos los casos, aunque la capacidad explicativa de las actitudes hacia la satisfacción es relativamente baja, esta investigación ha descubierto el papel de un factor psicológico, como la actitud, relacionado con la satisfacción. Esta es la primera vez, según el conocimiento de los autores, que esos dos factores se analizaron en relación con los programas de salud primarios.

Cabe señalar que la metodología PLS intenta especificar la predictibilidad a través de los valores de la varianza explicada (R^2) y la redundancia (Q^2) en el modelo que se prueba, así como la descomposición de la varianza explicada, que aporta información útil de la cual se pueden extraer conclusiones prácticas y teóricas. El modelo probado en este estudio logró un valor bajo para la varianza explicada, si bien, este valor puede considerarse moderado (Chin, 1998). Además, la medida de redundancia validada cruzada (Q^2) muestra que el modelo estructural tiene una relevancia predictiva satisfactoria para todos los constructos (todos los $Q^2 > 0$). Estos resultados confirman las investigaciones previas que relacionan estas variables, en otros campos del saber, y respaldan la comprensión de la relación entre la actitud y la satisfacción. Por tanto, se destaca la importante de los factores psicológicos (actitudes) vinculados a la satisfacción.

Estudios previos han demostrado que las actitudes son un factor relacionado con el comportamiento responsable (Castellanos-Verdugo *et al.*, 2016), aunque también deben tenerse en cuenta factores externos, como la infraestructura, la situación económica de la comunidad y los factores sociales y culturales de un lugar, además del contexto (Rodríguez-Barreiro *et al.*, 2013). Por esta razón, las futuras investigaciones deberían centrarse en determinar hasta qué punto las actitudes de los residentes comunitarios influyen en los demás comportamientos de las comunidades en relación a los programas de salud primaria.

Los resultados de esta investigación tienen sus limitaciones, lo que significa que deben interpretarse dentro de su propio contexto en lugar de extrapolarse. En primer lugar, porque la técnica estadística utilizada no pretende demostrar la

causalidad, sino que se basa en el concepto de predictibilidad (Roldán y Sánchez-Franco, 2012). De hecho, la búsqueda de una descripción de los mecanismos causales en un sistema cerrado es demasiado ambiciosa en el caso de las ciencias de la salud y del comportamiento humano. Se debe cumplir un conjunto restrictivo de requisitos teóricos de medición y distribución (Roldán y Sánchez-Franco, 2012) donde las distribuciones a menudo son desconocidas o están lejos de ser normales, y donde existen teorías nacientes y conocimiento escaso, como ocurre con las actitudes y satisfacción en relación a los programas de salud primaria. De esta manera, se debe garantizar la asociación, la precedencia temporal y el aislamiento para garantizar la causalidad. Sin embargo, esas condiciones no son posibles en algunas ciencias, como las sociales o las de salud. Por esta razón, Wold (1980) desarrolló una metodología para reflejar las condiciones teóricas y empíricas de este tipo de ciencias. Además, el análisis estadístico solo, sin haber establecido el aislamiento y la precedencia temporal, no puede probar tentativamente la causalidad. Por lo tanto, "el concepto de causalidad fue abandonado y reemplazado por el concepto de predictibilidad" (Roldán y Sánchez-Franco, 2012, p.196).

En segundo lugar, es un estudio que establece relaciones directas dado que las relaciones no recursivas no se pueden probar a través de la metodología PLS (Barroso *et al.*, 2010), porque "el diseño básico de PLS asume un modelo recursivo interno sujeto a predicción especificación" (Henseler *et al.*, 2009, p 285). Por último, el modelo probado deja a un lado la evaluación del posible papel mediador o moderador que otras variables pueden desempeñar. Por lo tanto, el género puede moderar las relaciones propuestas, lo que indica la necesidad de realizar más investigaciones en este campo

CONCLUSIONES

La importancia teórica y práctica de esta investigación se deriva de la importancia de analizar las actitudes de los comunitarios frente a la satisfacción con los programas de salud primaria. Esta investigación aporta evidencia sobre la relación entre las actitudes de los comunitarios frente a los programas de salud primaria y la satisfacción que los comunitarios tienen frente al desarrollo de los mismos. Comprender qué dimensiones constituyen la satisfacción de los residentes sobre los programas desarrollados de salud primaria es importante tanto para la gestión del Sistema de Salud de la región como del país, sobre todo, con la misión de generar acciones que promuevan un mejor desarrollo de estos programas. Así, cada vez más existen respuestas a la preocupaciones de salud de la población, si bien, se deben de establecer políticas y estrategias que generen actitudes positivas por parte de la población y, en consecuencia, promuevan una satisfacción óptima. Por lo tanto, las investigaciones futuras deberían verificar la relación entre las actitudes de los residentes comunitarios y la satisfacción sobre los programas

de salud primaria, teniendo en cuenta la mediación de variables como el género o la edad, así como con la inclusión de nuestros constructos, como los comportamientos posteriores al desarrollo del programa o el conocimiento sobre salud.

REFERENCIAS

Adeyuya, A. O., Adeyemi, T., Ola, B., Abosede, O., Oyeneyin, A., Fasawe, A., & Idris, O. (2017). Primary health care workers' knowledge and attitudes towards depression and its management in the MeHPric-P project, Lagos, Nigeria. *General Hospital Psychiatry, 47*, 1-6.

Barclay, D., Higgins, C., & Thompson, R. (1995). The partial least squares (PLS) approach to casual modeling: personal computer adoption and use as a 356 illustration. *Technology Studies, Special Issue on Research Methodology, 2*(2), 285-309.

Barroso, C., Cepeda Carrión, G., & Roldán, J.L., (2010). Applying maximum likelihood and PLS on different sample sizes: studies on Servqual model and employee behavior model. In: Esposito Vinzi, V., Chin, W.W., Henseler, J., Wang, H. (Eds.), *Handbook of Partial Least Squares: Concepts, Methods and Applications*. Springer, Berlin, pp. 427-447.

Carmines, E.G. y Zeller, R.A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*, Sage University: Beverly Hills, CA.

Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000). Defining quality of care. *Social Science & Medicine, 51*(11), 1611-1625.

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J.R., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria, 31*(8), 527-538.

Castellanos-Verdugo, M., Vega-Vázquez, M., Oviedo-García, M. Á., & Orgaz-Agüera, F. (2016). The relevance of psychological factors in the ecotourist experience satisfaction through ecotourist site perceived value. *Journal of Cleaner Production, 124*, 226-235.

Cepeda Carrión, G., & Roldán Salgueiro, J.L. (2004). Aplicando la técnica PLS en la Administración de Empresas. In *XIV Congreso ACEDE: Conocimiento y Competitividad*. Murcia, ACEDE.

Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern Methods for Business Research, 295*(2), 295-336.

Dijkstra, T.K., & Henseler, J. (2015). Consistent Partial Least Squares Path Modeling. *MIS Quarterly*, 39(2), 297-316.

Fernández, R. C., Muñoz, B. Á., Rodríguez, S. F., & Alba, R. H. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿ realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. *Atención Primaria*, 35(9), 478-483.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1974). Attitudes towards objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. *Psychological Review*, 81(1), 59.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading (United Kingdom), Addison-Wesley.

Fornell, C., y Larcker, D.F. (1981). Evaluating structural equations models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18, 39-50.

Geiger, H. J. (2002). Community-oriented primary care: a path to community development. *American Journal of Public Health*, 92(11), 1713-1716.

George, P. P., Papachristou, N., Belisario, J. M., Wang, W., Wark, P. A., Cotic, Z., & Musulanov, E. M. (2014). Online eLearning for undergraduates in health professions: a systematic review of the impact on knowledge, skills, attitudes and satisfaction. *Journal of Global Health*, 4(1), 1-6.

Gofin, J., & Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21, 177-185.

Haggerty, J. L., & Levesque, J. F. (2017). Validation of a new measure of availability and accommodation of health care that is valid for rural and urban contexts. *Health Expectations*, 20(2), 321-334.

Haggerty, J. L., Roberge, D., Lévesque, J. F., Gauthier, J., & Loignon, C. (2014). An exploration of rural-urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health & Place*, 28, 92-98.

Hair, J.F., Sarstedt, M., Hopkins, L., y Kuppelwieser, V. (2014). Partial Least Squares structural equation modeling (PLS-SEM). An emerging tool in business research. *European Business Review*, 26(2), 106-121.

Han, H., & Kim, Y. (2010). An investigation of green hotel customers' decision formation: Developing an extended model of the theory of planned behavior. *International Journal of Hospitality Management*, 29(4), 659-668.

Henseler, J. (2017). Bridging Design and Behavioral Research with Variance-Based Structural Equation Modeling. *Journal of Advertising*, 46(1), 178-192.

Henseler, J., Hubona, G., & Ray, P.A. (2016). Using PLS path modeling in new technology research: updated guidelines. *IMDS*, 116(1), 2-20.

Henseler, J., Ringle, C.M., & Sinkovics, R.R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing*, 20, 277-319.

Kroeger, A., & Luna, R. (1987). *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. México, Editoria Pax.

Mackey, S., Kwok, C., Anderson, J., Hatcher, D., Laver, S., Dickson, C., & Stewart, L. (2018). Australian student nurse's knowledge of and attitudes toward primary health care: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 60, 127-132.

Mahrous, M. S. (2018). Faculty perceptions regarding community-based medical education: The case of KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13(1), 22-33.

Moral, R. R., Martín, D. M., de Leonardo, C. G., de Torres, L. A. P., & Martínez, F. C. (2018). Promocionando la Promoción de la Salud: percepciones de estudiantes de medicina sobre un programa educativo para cambio de conductas en atención primaria. *Atención Primaria*, [in press].

Norussis, M.J. (1993). *SPSS. Statistical Data Analysis*. New York (USA), SPSS Inc.

Nunnally, J.C., & Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Oviedo-García, M. Á., Castellanos-Verdugo, M., Vega-Vázquez, M., & Orgaz-Agüera, F. (2017). The Mediating Roles of the Overall Perceived Value of the Ecotourism Site and Attitudes Towards Ecotourism in Sustainability Through the Key Relationship Ecotourism Knowledge-Ecotourist Satisfaction. *International Journal of Tourism Research*, 19(2), 203-213.

Roberts, N., y Thatcher, J. (2009). Conceptualizing and testing formative constructs: Tutorial and annotated example. *ACM SIGMIS Database*, 40(3), 3-39.

Rodríguez-Barreiro, L. M., Fernández-Manzanal, R., Serra, L. M., Carrasquer, J., Murillo, M. B., Morales, M. J., & del Valle, J. (2013). Approach to a causal model between attitudes and environmental behaviour. A graduate case study. *Journal of Cleaner Production*, 48, 116-125.

Rokeach, M. (1968). *Beliefs, attitudes and values*. San Francisco (USA), Jossey-Bass.

Roldán, J.L., & Sánchez-Franco, M.J. (2012). Variance-based structural equation modeling: guidelines for using partial least squares in information systems research. In Mora, M., Gelman, O., Steenkamp, A., & Raisinghani, M.S. (Eds.), *Research Methodologies, Innovations and Philosophies in Software Systems Engineering and Information Systems* (pp. 193-221). Hershey: IGI Group.

Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(2), 177-187.

Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(2), 119-127.

Saramunee, K., Dewsbury, C., Cutler, S., Mackridge, A. J., & Krska, J. (2016). Public attitudes towards community pharmacy attributes and preferences for methods for promotion of public health services. *Public health*, 140, 186-195.

SESPAS (2008). *Manual de organización de las Unidades de Atención Primaria (UNAP)*. Santo Domingo (República Dominicana), Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

Sijtsma, K. (2009), "On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha", *Psychometrika*, Vol. 74 No. 1, pp. 107-120.

Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.

Stone, M. (1974). Cross-validatory choice and assessment of statistical predictions. *Journal of the Royal Statistical Society*, 36(2), 111-147.

Then Díaz, K. (2014). *La atención primaria en salud en República Dominicana. Avances, controversias y retos*. Santo Domingo (República Dominicana), Observatorio Político Dominicano.

Tyrväinen, L., Uusitalo, M., Silvennoinen, H., & Hasu, E. (2014). Towards sustainable growth in nature-based tourism destinations: Clients' views of land use options in Finnish Lapland. *Landscape and Urban Planning*, 122, 1-15.

Werts, C.E., Linn, R.L., & Jöreskog, K.G. (1974). Interclass reliability estimates: testing structural assumptions. *Educational and Psychological Measurement*, 34, 25-33.

Wold, H. (1980). Soft modeling: intermediate between traditional model building and data analysis. *Mathematical Statistics*, 6, 333-346.

Recibido: 13/09/2019

Reenviado: 11/01/2020

Aceptado: 13/01/2020

Sometido a evaluación de pares anónimos