

# “Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados”

Seminario de tesis para optar al grado:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**Tesistas:**

Gabriel Ignacio Arias Cortés

María José Patricia Bombal San Martín

Daniel Andrés Cabrera Baquedano

Macarena Paz del Rosario Concha Ramírez

Luis Sebastián Cornejo Mena

Valentina Belén Deramond Quiroz

Javiera Belén González Ayala

Daniela Paola Maureira Cancino

Danilo Eduardo Roa Saavedra

Rafael Esteban Vilches Sánchez

**Docente asesora:**

Paulina Hurtado Arenas

*Valparaíso, Enero 2017*

## I. AGRADECIMIENTOS

La presente investigación no hubiese sido llevada a cabo sin la ayuda, orientación y guía de la Magister en Enfermería y Profesor Adjunto de la Escuela de Enfermería EM Paulina Hurtado Arenas.

Al Magister e investigador colombiano Julián Barragán, por su imprescindible y desinteresada ayuda, y su autorización para utilizar su instrumento de investigación.

Al investigador Yeis Miguel Borré, por su versión adaptada del instrumento, junto a su colaboración y completa disposición con el grupo.

A la Doctora y docente adjunto de la Escuela de Enfermería EM Angélica Mosqueda por su orientación y colaboración en la metodología de la investigación.

A los Enfermeros/as Supervisores y los profesionales de los Servicios de Baja y Mediana Complejidad Médica por su recibimiento y amabilidad durante los meses de trabajo.

A las personas atendidas que voluntariamente participaron de la investigación, contribuyendo indirectamente en nuestra formación profesional y el mejoramiento del sistema de salud.

Y, finalmente, a nuestras familias y amigos, por su compañía y apoyo durante el proceso investigativo.

A todos ellos, muchas gracias.

## II. INDICE DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción	1
1.2 Pregunta de Investigación	3
1.3 Objetivos	
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
<b>CAPÍTULO 2</b>	
MARCO REFERENCIAL	
2.1 Marco Empírico	
2.1.1 Contexto Internacional	5
2.1.2 Contexto Nacional	9
2.1.3 Contexto Regional	13
2.2 Marco Teórico	
2.2.1 Contextualizando la calidad en salud	14
2.2.2 Teoría de la desconfirmación	15
2.2.3 Modelo de las discrepancias	17
2.2.4 Teoría de Irvine y Sidani	19
2.2.5 Adulto de mediana edad	22
2.3 Operacionalización de Variables	23
<b>CAPÍTULO 3</b>	
MATERIAL Y MÉTODOS	
3.1 Diseño de la investigación	28
3.2 Población en estudio	28
3.3 Selección de la muestra	28
3.4 Instrumento	

3.4.1 Descripción	29
3.4.2 Validación	30
3.4.2.1 Validación por contenido	30
3.4.2.2 Validación estadística	33
3.5 Prueba piloto del instrumento	33
3.5.1 Recolección de datos	34
3.6 Aplicación del instrumento	37
3.6.1 Organización interna del grupo	37
3.7 Procesamiento y análisis de datos	38
3.8 Aspectos éticos	39
3.8.1 Principios de Belmont	40
3.8.2 Consentimiento informado	41
3.8.3 Valoración de riesgos y beneficios	41
3.8.4 Selección de los sujetos	41
<b>CAPÍTULO 4</b>	
ANÁLISIS DE RESULTADO	
4.1 Características sociodemográficas	43
4.2 Características clínicas	47
4.3 Calidad percibida	49
<b>CAPÍTULO 5</b>	
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	
5.1 Discusión	54
5.1.1 Limitaciones del estudio	57
5.2 Conclusiones	59
5.3 Sugerencias	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
ANEXOS	76

### III. INDICE DE FIGURAS, TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

<b>FIGURAS</b>		<b>Pág.</b>
Figura 1.	Modelo de desconfirmación de expectativas de Oliver	16
<b>TABLAS</b>		
Tabla 1.	Operacionalización de variables	23
Tabla 2.	Expertos en calidad con títulos y cargos respectivos	31
Tabla 3.	Análisis de resultados obtenidos en prueba piloto	35
Tabla 4.	Análisis de datos	39
<b>GRÁFICOS</b>		
Gráfico 1.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según sexo.	43
Gráfico 2.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según edad.	44
Gráfico 3.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según nivel educacional.	45
Gráfico 4.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según nivel socioeconómico.	46
Gráfico 5.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según días de hospitalización.	47
Gráfico 6.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según experiencias previas.	48
Gráfico 7.	Calidad percibida por adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM.	49

Gráfico 8.	Calidad percibida por adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según dimensión objetiva y subjetiva.	50
Gráfico 9.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según dimensión objetiva.	51
Gráfico 10.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según dimensión subjetiva.	52
<b>ANEXOS</b>		
Gráfico 11.	Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según edad y género.	76
	Carta de autorización para utilizar instrumento de Julián Barragán	77
	Carta de autorización para utilizar instrumento de Yeis Borré	78
	Carta de autorización para modificar instrumento de Julián Barragán	79
	Instrumento SERVQHOS-E Chile	80
	Carta de aceptación lingüística del instrumento	82
	Carta de aceptación para aplicación de instrumento en servicio de MCM	83
	Carta de aceptación para aplicación de instrumento en servicio de BCM	84
	Formulario de consentimiento informado	85
	Carta de ofrecimiento de servicios del Centro de Psicología Clínica UV	88
	Carta de aprobación de investigación por comité ético científico SSVSA	89
	Acta de aprobación comité ético científico SSVSA	90
	Carta de aprobación de documentación SSVSA	92

Declaración de cumplimiento de las buenas prácticas clínicas	93
Resolución exenta N° 04870 aprobación comité ético científico SSVSA	94
Carta de aprobación de investigación comité ético científico Universidad de Valparaíso	96
Acta de aprobación bioética comité ético científico UV	97

#### IV. RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados en Valparaíso, Chile. Estudio no experimental cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, no probabilístico por conveniencia. Se aplicó el instrumento SERVQHOS-E en Julio y Agosto del 2016 a 151 usuarios. Del total, los hombres superan levemente a las mujeres, presentando una media de 55 años. La mayoría terminó la enseñanza media, y el 99,3% pertenecía al sistema de previsión público. Además, el 46,6% no presentó experiencias previas. La calidad percibida de la atención de enfermería se clasificó como baja, media y alta, y en el presente estudio fluctuó entre media, con 29.8%, y alta, con 70.2%. Según sus dimensiones, la calidad subjetiva fue mejor evaluada que la objetiva, destacando en la primera que los ítems mejor evaluados hacen alusión a las habilidades blandas. Como conclusión, al presentar una muestra capaz de tener una visión crítica, debido a su edad, con mínimo 12 años de estudio, y sin experiencias previas, lo cual podría haber influenciado positivamente, genera un resultado cercano a la realidad de los servicios encuestados. El que la calidad objetiva haya sido peor evaluada podría deberse al bajo porcentaje del producto interno bruto (PIB) que el país destina a la salud pública. La buena evaluación de la calidad percibida subjetiva puede deberse a que los usuarios consideran que los profesionales de enfermería mantienen sus habilidades blandas, a pesar de la sobrecarga a la que se ven sometidos, lo cual es de gran importancia ya que brinda una mejor estadía para la persona hospitalizada. Finalmente se demostró la utilidad del instrumento SERVQHOS-E y se reafirma la importancia de medir la calidad percibida a partir de la atención de enfermería con el fin de una mejora continua.

**Palabras clave:** *Atención de enfermería, Calidad de la atención de salud, Mediana edad, Satisfacción del paciente, Hospitalización.*

## V. ABSTRACT

Determine the perceived quality of nursing services by middle aged adults hospitalized in Valparaíso, Chile. Non-experimental, quantitative, descriptive cross-sectional study, using a nonprobability sampling by convenience. The instrument SERVQHOS-E was applied between July and August 2016 to 151 users. Considering all of them, men slightly outnumber women, with an average of 55 years old. Most of them ended twelve years of education, and 99,3% belonged to the public pension health system. Besides, a 46,6% didn't have previous experiences. The perceived quality of nursing services was classified as low, medium and high. In this study, the results fluctuated between medium quality, with a 29,8% and high quality, with a 70,2%. According its dimensions, the subjective quality received a better evaluation than the objective one, being the items that refer to soft skills those who got the highest score. As a conclusion, presenting a sample capable of having a critical vision because of its age, years of study and absence of previous experience, which might have influenced in a positive way, generates an outcome close to the reality of the questioned care unit. The fact that the objective quality was worse evaluated than the subjective one could be due the low gross domestic product (GDP) that Chile destines to public health (9). The good evaluation given to the subjective perceived quality might be due users consider that nursing professionals maintain their soft skills, despite the work overload they are submitted, which is very important since this generates a better stance to the person who's hospitalized. Finally, it was proved the usefulness of the instrument SERVQHOS-E and reaffirms the relevance.

**Keywords:** *Nursing care, Quality of health care, Middle aged, Patient satisfaction, Hospitalization.*

# **CAPÍTULO 1:**

## **INTRODUCCIÓN**

### **1.1 INTRODUCCIÓN**

La concepción de calidad, se ha hecho presente desde que el hombre comenzó a crear productos o prestar servicios, desde la caza a la artesanía, buscando siempre optimizar el resultado. Su origen es tan antiguo como la humanidad misma y junto a ella, el concepto ha ido evolucionando a través del tiempo.

Junto con el auge de la producción en masas a inicios del siglo XVIII comienza la búsqueda consciente de la calidad de los productos, sin embargo, no es hasta el siglo XX que distintos autores comienzan a dar énfasis a la calidad, generando diversas definiciones. Expertos en el tema, como Deming, Ishikawa, Feigenbaum, entre otros (1), se basaron principalmente en la entrega de un producto o servicio, considerando al cliente. J. Jurán la define como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (2), acercándose a la dada por el Organización Internacional para la Normalización (ISO), que en su norma 9000 precisa el concepto como el “grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos” (3), entendiendo por objeto “cualquier cosa que pueda percibirse o concebirse” (3), ya sea, un producto, servicio, proceso, organización, entre otros. Finalmente se establece la calidad como un concepto global, que considera el producto final o resultado del servicio, la satisfacción del usuario y todos los procesos de producción implicados (4).

En la década de 1980, Parasuraman creó un instrumento que mide la percepción de la calidad de servicios y organizaciones de retail por parte del usuario, Service Quality (SEVQUAL) (5), el cual se basa en el llamado “paradigma de la desconfirmación”, donde la calidad es resultado de la percepción y las expectativas del servicio. Este instrumento continúa vigente y es aplicado en servicios de toda índole, pero ¿Es necesario que a nivel sanitario la calidad se mida de forma específica? Diferentes autores destacan la importancia de la calidad percibida por los usuarios a nivel asistencial, dentro de ellos podemos nombrar a Donabedian, pionero en relacionar la calidad a los servicios de salud (6).

Países desarrollados, desde hace ya 16 años miden la calidad percibida en los centros sanitarios a partir de la creación del instrumento Service Quality Hospital (SERVQHOS) (6), basado en el realizado por Parasuraman. Es tal la importancia que ha tomado la calidad a nivel asistencial, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la han incluido como principio rector para evaluar los resultados de las reformas de salud que se realizaron y se siguen realizando a nivel Latinoamericano y del Caribe (8-10).

Es relevante medir la calidad de los recintos asistenciales a partir de la perspectiva de los usuarios, ya que permite valorar no solamente la eficacia en la resolución de los problemas de salud, sino que además aspectos emocionales y psicológicos, es decir, el total de la experiencia. Incorporar el punto de vista del usuario permite mejorar la atención, entregando las herramientas necesarias a los gestores de salud, con respecto a las diferentes estrategias que utilizan (11).

En general, los instrumentos que evalúan calidad se basan mayoritariamente en la interacción médico-persona atendida, pero se debe comprender que la calidad percibida no sólo abarca la atención médica, sino que también la entregada por otros profesionales, destacando principalmente la importancia de la medición de la calidad a partir del profesional enfermero/a, siendo éste uno de los que mantiene mayor contacto con el usuario a lo largo de su experiencia hospitalaria (12) y un eje insustituible en la atención de salud (13). Se debe considerar además que el/la profesional enfermero/a se desempeña como líder del equipo de enfermería, que incluye al personal técnico de enfermería, otorgando en conjunto, la mayoría de las prestaciones durante la estadía hospitalaria (12,14).

Diversos autores reconocen que la atención de enfermería en cuanto a la calidad y percepción usuaria es algo que debe ser medido, siendo importante de considerar para asegurar cuidados oportunos y de calidad a la persona atendida, ya que el profesional enfermero/a es el encargado de la correcta administración de diversas intervenciones, desde las de tipo asistenciales a otras de mayor gestión o coordinación. Freitas et al (15) y Ramírez et al (16) afirman en sus investigaciones que, al valorar la calidad a partir de la percepción de las personas atendidas, se permite identificar los aspectos fuertes y débiles presentes en la atención y los cuidados

otorgados, a partir de lo cual se deberían realizar reflexiones en base a como se están desarrollando los cuidados, para así mejorar en posteriores oportunidades.

Teniendo en cuenta lo anterior, Barragán y Manríquez (17) crean la versión para enfermería del instrumento SERVQHOS, llamado SERVQHOS-E, cuya finalidad es medir el constructo de calidad percibida, tal como lo presentan los autores de los instrumentos nombrados anteriormente, pero a partir de la atención de enfermería.

Actualmente a nivel nacional e internacional existen diversos estudios que miden la calidad percibida en los recintos hospitalarios enfocados en la atención de enfermería, a través de otro tipo de instrumentos (18-21). Convergen todos en que no se considera como población exclusivamente al adulto de mediana edad, de hecho, a nivel nacional existen escasos estudios que contemplen a este grupo etario como sujeto de estudio.

Debido a esto, el propósito de este estudio es determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados en un centro de salud de alta complejidad en la región de Valparaíso.

## **1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados en un centro de salud de alta complejidad en la región de Valparaíso, durante los meses de julio y agosto del año 2016?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados en un centro de salud de alta complejidad en la región de Valparaíso, durante los meses de julio y agosto del año 2016.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos de mediana edad hospitalizados.
- Identificar las características clínicas de los adultos de mediana edad hospitalizados.
- Identificar la calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados, según dimensiones:
  - o Calidad objetiva.
  - o Calidad subjetiva.

## **CAPÍTULO 2:**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1 MARCO EMPÍRICO**

##### **2.1.1 Contexto internacional**

A partir de la reforma en salud en Latinoamérica y el Caribe, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se utiliza la calidad y otros seis principios rectores para supervisar las mejoras en salud (9, 10, 22, 23).

Durante el siglo XX la mayoría de los países de América latina se enfrentaron a un período de cambio general en sus políticas internas, ya que debían adaptarse a las nuevas exigencias de la población en transición. Correspondiente a este proceso, destacan las distintas reformas en salud orientadas a introducir cambios sustantivos con el fin de aumentar la equidad en el acceso, eficiencia en la administración y efectividad de las acciones, y así satisfacer las necesidades de salud de la población (10). En general, los objetivos de la reforma eran sustancialmente los mismos (22), sin embargo, se observaron variaciones tanto en las dinámicas como en los contenidos de las reformas sanitarias, debido a que las realidades eran muy distintas en cada país.

A partir de esto es que surge la inquietud de generar evaluaciones a nivel tanto institucional como entre académicos del área de la salud. Esta medición en general se ha dado utilizando instrumentos como SERVQUAL u otros basados en el sustento teórico de este (24-27), los cuales tienen el fin de medir la calidad percibida de la atención del usuario en su totalidad, considerando aspectos administrativos, de infraestructura, y de trato profesional, siendo este último basado principalmente y casi de forma exclusiva en la atención médica. Debido a que los profesionales enfermeros/as otorgan cuidados esenciales durante la atención hospitalaria (13, 28) es fundamental considerar su evaluación para alcanzar estándares altos de calidad (14). La comunidad internacional reconoce la importancia de realizar mediciones de la calidad percibida a partir de la atención y los cuidados de enfermería encontrando, tanto a nivel internacional como Iberoamericano, hallazgos sobre distintas maneras de evaluar la percepción del cuidado entregado por enfermeros/as.

Dentro de los diversos estudios se encuentra el realizado en Cuba por Font Dufoir, Legra, Torres, Buduen y Sánchez en 2013, quienes utilizaron un método cuantitativo descriptivo transversal. La muestra se conformó por 300 pacientes del departamento de quimioterapia ambulatoria de un Hospital en Cuba, durante julio y septiembre de 2013, donde el 60% fueron mujeres, y el 40% restante hombres, todos mayores de 30 años, y de ellos, el 45% eran mayores de 61 años. Se aplicó una encuesta que contó con 3 partes: el nivel de calidad de la atención en relación a los cuidados proporcionados, nivel de calidad de la atención en función del trato humano y el nivel de satisfacción de los usuarios en cuanto a la atención del profesional enfermero/a. Los resultados sobre la satisfacción mostraron que 98% se encontraron satisfechos con el cuidado recibido, y sólo 2% se consideraron medianamente satisfechos, mientras que nadie se declaró insatisfecho con la labor del/la enfermero/a. En cuanto a la calidad de la atención según los usuarios, 30,3% lo consideraron excelente, 67,7% lo catalogaron como bueno y sólo el 2% lo consideraron regular, mientras que nadie lo calificó como malo. En cuanto a la relación sexo con calidad de atención, no se observó diferencias sustanciales entre hombres y mujeres. El grueso de las calificaciones se encontró en la respuesta “bueno”, teniendo un resultado muy similar en ambos sexos, donde hombres y mujeres obtuvieron un 68,3% y 67,2% respectivamente; en la respuesta “regular” los hombres superan con un 4,1% al 0,8% femenino; en ningún caso se calificó como “malo” (18).

Con el fin de evaluar la calidad percibida de la atención de Enfermería y la utilidad del cuestionario SERVQHOS-E en relación a ésta, es que Borré, Lenis y González, plantean la prueba piloto del instrumento mediante una metodología cuantitativa, descriptiva y transversal (19). Los datos fueron recolectados en una institución prestadora de servicios de salud en Barranquilla (Colombia), donde se aplicó el instrumento al egreso de los 32 usuarios encuestados, quienes correspondían a mayores de 18 años, que hubieran cursado más de dos días de hospitalización. Algunas evidencias de la prueba piloto, develaron una calidad percibida positiva por parte del 94% de los usuarios encuestados, dentro de lo cual las dos mejores opciones correspondían al 78%. Dentro de los aspectos con mayor tendencia a ser valorados como positivos fueron: la capacidad del personal de Enfermería para comprender las necesidades de los pacientes, el trato personalizado de las enfermeras, la amabilidad, la puntualidad, el tiempo de espera para ser atendido, y la apariencia del personal de Enfermería. Por otro lado, dentro de

los aspectos que fueron evaluados como negativos están: la información que las enfermeras proporcionan, el interés en la resolución de problemas, la rapidez del personal de Enfermería, y el estado en el que estaban las habitaciones (19).

Otro estudio realizado en Colombia por Rojas y Barajas, en un servicio de urgencias el año 2011, utiliza una metodología cuantitativa descriptiva transversal. La muestra conformada por 382 usuarios, seleccionados de forma no probabilística, que consultaron al servicio de urgencias y recibieron atención de enfermería durante el mes de febrero y firmaron el consentimiento informado. Se utilizó para la recolección de datos el instrumento Caring Assessment (Care Q) de Patricia Larson, integrado por cincuenta preguntas divididas en categorías. Cada pregunta es contestada con una escala análoga de cinco puntos, la cual permite determinar cómo enfermería desarrolla acciones para enseñar, ayudar, establecer confianza y realizar seguimiento. Dentro del posterior análisis de los resultados y discusiones por cada categoría que presentaba el instrumento, destacó que la categoría accesible, en relación a la administración de tratamientos, es percibida como poco importante y se consideró como muy poco importante el ofrecerse a hacer cosas pequeñas por el paciente. En la categoría explicar y facilitar, se calificó con una media de 3,4 la honestidad hacia la persona atendida y con un 2,83 la información entregada para ayudar a expresarse. Dentro de la categoría conforta fue visto como muy poco importante el tomar la mano de la persona atendida, y se le dio más significado a procurar las medidas de confort. Se llegó a la conclusión de que, en todas las categorías del instrumento, los comportamientos tienen mediana con tendencia a baja importancia, por lo que es necesario que el personal de enfermería dedique mayor tiempo a la interacción con la persona atendida del servicio de urgencias, ya que con esto aumentaría la posibilidad de inclinarse a comportamientos que respondan de manera óptima a las necesidades del usuario (20).

Torres C en el año 2010, realizó un estudio llamado *Percepción de calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados* (21). En él se planteó que la percepción de los cuidados de enfermería varía dependiendo de las variables sociodemográficas de cada persona atendida, por lo que es necesario que éstas sean estudiadas. Se utilizó una metodología descriptiva cuantitativa, con una muestra de 180 individuos (media de 45 años) de una población de 450 personas. La recopilación de datos se realizó a través del instrumento Cuestionario de calidad de

cuidados de enfermería (CUCACE), el cual se divide en tres partes que permiten el análisis de variables sociodemográficas, experiencias de los cuidados de enfermería y por último la satisfacción con los mismos. En cada una de ellas se hace una respectiva valoración mediante distintos métodos; en la primera se hace una recolección de datos sociodemográficos de la persona a estudiar, en la segunda, se establece una escala de Likert con siete posibles respuestas, y finalmente en la tercera se utiliza otra escala Likert con cinco opciones. La valoración global del cuidado se dividió en tres niveles: positiva, neutra o negativa. Como resultado, un 95,7% de los individuos refirió una respuesta positiva, 2,8% una neutra y 0,6% una respuesta negativa. Las áreas mejor evaluadas fueron la amabilidad, las buenas relaciones con las personas y la intimidad entregada a las mismas, mientras que los puntajes más bajos se relacionaron con la cantidad de información entregada por el/la enfermero/a al usuario y/o su familia. Con respecto a la relación de la percepción de los cuidados de enfermería y las variables sociodemográficas, se evidenció que las puntuaciones más altas fueron dadas por las personas con educación básica incompleta. Por otro lado, se observó que los hombres presentaron valoraciones del cuidado de enfermería más altas que las mujeres. En cuanto a la edad y a la estancia, éstas no tuvieron mayor relación con las dimensiones de experiencia y satisfacción, así como tampoco lo tuvieron la edad, estrato socioeconómico, estancia hospitalaria y servicio clínico con la percepción del cuidado según las dimensiones de experiencia y satisfacción de CUCACE (22).

Así mismo, Barragán y Moreno (29) en Boyacá, Colombia, utilizando una metodología cuantitativa descriptiva longitudinal, recolectaron datos en tres hospitales públicos mediante la aplicación al alta del instrumento SERVQHOS-E, el cual mide la calidad percibida a partir de las dimensiones objetiva y subjetiva. La muestra fue conformada por 1.228 usuarios mayores de 18 años, con un nivel de conciencia y estado mental adecuado y que hubieran cursado más de dos días de hospitalización. Se realizaron dos mediciones por hospital entre los años 2008 y 2011, con diferencia de un año promedio para visualizar la existencia de alguna mejoría en la percepción de calidad de los usuarios con respecto al servicio recibido. Dentro de los hallazgos obtenidos en dicha investigación, se evidenció una calidad global percibida como media por los usuarios de las tres instituciones participantes. Se observó una diferencia significativa de puntuación entre la primera y segunda medición, con tendencia al aumento en la segunda debido

a la implementación paulatina de actividades por parte de los hospitales, quienes, tomando como base los datos obtenidos en la primera medición, llevaron a cabo medidas como cambios de equipos, mejoramiento de áreas y capacitación del personal en lo referente a la atención y cuidado. Por otro lado, los ítems mejor evaluados correspondieron a los de calidad subjetiva, resaltando aspectos como la amabilidad, la confianza y la preparación del personal de enfermería. El tiempo de espera para ser atendido, la puntualidad y la rapidez correspondieron a los ítems peor evaluados, identificando a la demora en la atención como uno de los factores decisivos que afectan la calidad percibida y la satisfacción usuaria (29).

A su vez, destaca el estudio de Borré y Vega, denominado *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados* (30), con una metodología descriptiva transversal. Se utilizó el instrumento SERVQHOS-E, el cual se aplicó a una muestra de 158 usuarios. Se establecieron categorías para las respuestas del 1 al 5, donde 1 y 2 correspondió a baja, 3 media y 4 y 5 alta. Con respecto a la calidad percibida, los usuarios tienden a las respuestas 3, 4 y 5, donde un 78% corresponde a categoría alta, 17% a media y el 4% restante a baja. El 90% de las personas encuestadas estuvo internada una sola vez, y sólo el 10 más de dos veces. Un 83% de los usuarios refirió haber recibido suficiente información de su estado de salud actual de parte del/la enfermero/a y un 17% no se sintió conforme con la educación entregada. Se determinó que la atención entregada por el profesional enfermero/a es bien valorada, especialmente lo referente a las competencias blandas que éste posee, conjunto a su preparación académica. Por otro lado, los investigadores relacionaron la variable principal con las sociodemográficas como: sexo, nivel de estudios, ocupación, estado civil y las características propias de los usuarios como: edad, estado de salud, creencias y vivencias, sin embargo, no se demostró influencias sobre la calidad percibida, por lo que llaman a confirmar en estudios posteriores tal relación (30).

### **2.1.2 Contexto nacional**

En Chile, a través de la reforma, se abarcaron los siguientes puntos: un cambio en el modelo de atención, instauración de un sistema que especificara derechos, deberes y garantías de salud, humanización de la atención, eliminar o reducir las brechas vinculadas a la atención, garantizar la

máxima protección de salud para toda la población y realizar un proceso de construcción participativo, de cohesión y legitimidad (22).

El proceso comenzó en 1980 con el cambio en la Constitución, estableciéndose posteriormente con la *Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria*, entre otras, la cual ha sido modificada a través de distintos decretos, instaurándose el último en el año 2004 con el fin de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria (31), distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana en consecuencia de los principios rectores (32). Esta ley regula la atención de salud tanto para el sector público como el privado.

Es así como la reforma en el país tiene como estrategia principal el fortalecer y desarrollar el sector público, para lo que se crean tres organismos: la Subsecretaría de Salud Pública, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Superintendencia de Salud Pública (30). Esta última tiene el deber de fiscalizar el cumplimiento de los procesos y estándares de acreditación de los prestadores institucionales de salud y fiscalizar a los ya acreditados en la mantención del cumplimiento, resguardando los derechos de las personas, promoviendo la calidad y seguridad en las atenciones de salud (33,34). Dicho proceso es llevado a cabo por el Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud, el cual se rige a partir de los estándares de calidad de la OMS (34).

Por otro lado, la Superintendencia de Salud Pública implantó el Sistema de Gestión de Calidad acorde a los requisitos de la normativa ISO 9001:2008, donde se consideran aspectos tales como (33):

- Identificación de procesos para la correcta gestión de calidad, así como los métodos y criterios para asegurar el control de los mismos.
- Asegurar la disponibilidad de la información y recursos necesarios para apoyar el correcto funcionamiento y seguimiento de los procesos desarrollados.
- Medición, seguimiento y análisis de los procesos e implantación de las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua.

La política de calidad de esta entidad establece que, en pos de la mejora de servicios y la satisfacción usuaria, se asignarán los recursos necesarios para entregar una atención basada en satisfacer los requerimientos de los usuarios, mejorar continuamente sus procesos y cumplir requisitos reglamentarios. La institución mencionada aprueba objetivos de calidad anuales, que sean medibles y coherentes a su política de calidad, en los que se establece el contribuir a que los prestadores de salud, tanto individuales como institucionales, públicos y privados, manejen altos estándares de calidad, garantizando una atención satisfactoria de la persona atendida (33).

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha desarrollado desde el año 2000, un modelo de promoción y evaluación de la calidad en la atención cerrada, el que tiene como objetivo evaluar lo previamente mencionado y fomentar la mejora de la atención en base a un sistema de evaluación local y comparación a estándares óptimos, con lo que se logra identificar falencias y establecer objetivos. La evaluación e identificación está dada mediante el uso de indicadores, que son elementos que muestran cómo se realizan acciones derivadas de la atención de salud, generalmente ligadas a situaciones probablemente problemáticas o susceptibles a mejoras o comparaciones entre instituciones (35).

En la práctica, la Superintendencia de Salud Pública tiene el rol de fiscalizar a los prestadores de salud y a aquellos que otorgan seguros y fondos previsionales, en el ámbito público y privado, donde destacan el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) respectivamente. FONASA es un organismo público que administra los fondos estatales destinados a dar cobertura a sus beneficiarios en lo que respecta a su salud. Cuenta con un sistema de categorización por tramo de los afiliados según nivel socioeconómico, correspondiendo el tramo A al nivel más vulnerable, cuyos beneficiados no tienen ingresos o éste es el mínimo nacional, por lo que se atienden de manera gratuita en la red asistencial pública. El tramo B considera aquellos que tienen ingresos superiores al mínimo nacional, pero que tienen de dos a tres cargas, por lo que cuentan con los mismos beneficios que los miembros del tramo A. Por último, los tramos C y D corresponden a los tramos menos vulnerables, con un copago del 10% y 20% respectivamente (36-39). Las ISAPRES son un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales, en el que los beneficios dependen directamente de las prestaciones contratadas, las que varían de acuerdo a las características y remuneraciones de los afiliados (40).

Existen otros sistemas de prestaciones y financiamiento en salud, entre ellos la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA), cuyos beneficiados corresponden a los funcionarios de las Fuerzas Armadas y sus familias (41). Además, el MINSAL dispone del Programa de Reparación de Atención Integral en Salud (PRAIS) (42), que brinda prestaciones de salud de manera gratuita en la red asistencial pública, independiente del ingreso económico, las cuales se hacen válidas mediante la incorporación de los beneficiados al tramo A de FONASA (39). Pertenecen a PRAIS aquellas víctimas de la represión política durante el Gobierno Militar, que sufrieron violaciones a los derechos humanos, entre septiembre de 1973 y marzo de 1990, incluyendo cónyuges e hijos hasta la tercera generación y a las personas que trabajaron en la defensa de los derechos humanos durante diez años en forma ininterrumpida (42).

Mediante la revisión del planteamiento de la reforma de salud actual, se puede abordar la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios entregados en el país. Diversos estudios han realizado evaluaciones de la calidad percibida en distintos centros prestadores de salud de Chile, siempre de forma general (43-46). Más aun, la medición de la calidad percibida de la atención de enfermería de forma exclusiva es incipiente, siendo pocos los estudios realizados al respecto, es especial los provenientes de los mismos centros asistenciales. Cabe destacar que algunos han utilizado la estructura del instrumento SERVQHOS y su finalidad en centros de prestación de salud, pero sin una validez oficial (47, 48). Incluso, la Superintendencia de Salud destaca la utilidad de este cuestionario y su metodología como base para investigaciones en relación a la calidad sanitaria (49).

En el contexto actual de nuestro país, existe una población estimada para el 2016 según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (50) que sería de 18.181.884, de la cual un 31,2% aproximadamente correspondería a adultos de mediana edad. A pesar de ser un porcentaje considerable, no se han realizado estudios en relación a la calidad percibida con una muestra compuesta exclusivamente por adultos de mediana edad, más bien, se realizan investigaciones sin hacer diferenciaciones por edad.

### **2.1.3 Contexto regional**

Según proyecciones del INE, la región de Valparaíso, contaría con una población total de 1.842.880 personas, donde 567.831, es decir el 30,8%, corresponderían a la población de adultos medios (50). Además, basados en los datos del Departamento de Estadística del hospital de alta complejidad en la ciudad de Valparaíso, cuya población asignada corresponde a 485.136 personas, se tuvieron en el año 2015 1.712 altas hospitalarias de personas pertenecientes a la población de estudio. Sólo tomando en cuenta los datos de los servicios de Baja Complejidad Médica (BCM) y Mediana Complejidad Médica (MCM), donde del total de los egresos del 2015, 1.266 corresponden al servicio de BCM y 446 corresponden al servicio de MCM (51).

De acuerdo a los datos entregados en la orden n° 2185, por el departamento de estadística del hospital de alta complejidad en la ciudad de Valparaíso (51), es que el n° de egresos hospitalarios durante el mes de Julio de 2016 correspondió a 33 personas (2,6% de los egresos anuales) del servicio de BCM y a 81 personas (18,16% de los egresos anuales) del servicio de MCM, de la misma manera, durante el mes de Agosto de 2016 los egresos hospitalarios del servicio de BCM correspondieron a 50 personas (3,94% de los egresos anuales) y a su vez, los del servicio de MCM fueron de 102 personas (22,86% de los egresos anuales).

Por otro lado, dentro de los mismos egresos hospitalarios de personas entre 40 a 64 años a lo largo del primer semestre en ambos servicios, siendo esto un total de 782, de los cuales 47,7% corresponden a hombres y 52,3% a mujeres. Además, establece la afiliación a sistemas de salud de las personas atendidas durante el transcurso del primer semestre de 2016, donde de un total de 12131 personas, 93,73% poseen una previsión FONASA, mientras que 1% se encuentran afiliadas a alguna ISAPRE. Del total de personas atendidas que poseen previsión FONASA, se establece la siguiente distribución según tramos de los beneficiarios, FONASA A: 26%, FONASA B: 40%, FONASA C: 13%, FONASA D: 15%. Existe un total de 5,62% de personas atendidas que cuenta con otro tipo de previsión de salud (Particular, Otra, Capredena, Ignorada o sin previsión) (52).

Para medir la calidad percibida del recinto, como lo establecen las normas chilenas vigentes descritas anteriormente, el hospital de alta complejidad de Valparaíso realiza una cuenta pública

anual donde se establece la satisfacción usuaria de las personas atendidas a través de encuestas en escala de Likert del uno al cinco, resultando en el año 2015 un puntaje promedio de 4,5 (53). Cabe destacar que dentro para la elaboración de las preguntas, se consideran aspectos desde el respeto a los derechos de los usuarios, las competencias de los profesionales (de toda índole) hasta el trato brindado por los administrativos, por ende, generando una visión muy general de los aspectos que sean evaluados negativamente.

No tan solo los centros asistenciales realizan esta medición de la percepción usuaria de la calidad de los servicios de forma general, o vista en base a la interacción médica, estudios académicos en general miden la calidad percibida en la región de Valparaíso a un nivel general (54, 55), encontrando escasos estudios de calidad percibida o satisfacción usuaria específicamente de la atención de enfermería (56), menos aún investigaciones con una muestra compuesta exclusivamente por adultos de mediana edad.

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **2.2.1 Contextualizando la calidad en salud**

Desde mediados del siglo XX, la calidad ha tomado gran importancia para las distintas entidades que trabajan ofreciendo un producto o servicio. La palabra proviene del latín “qualitas” o “qualitatis”, que significa ‘propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor’ (57). J. Juran la define como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (2). Este concepto es tomado y analizado por Donabedian, siendo él uno de los pioneros en introducirlo en la atención en salud, definiendo calidad en salud como “el tipo de atención que se espera, va a maximizar el bienestar del usuario, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (58).

El objetivo finalmente es medir y evaluar esta calidad, puesto que ayuda a las entidades al mejoramiento continuo a partir de sus cimientos. Donabedian establece que se debieran evaluar tres áreas de la calidad en salud: estructura (recursos materiales, humanos y los sistemas de trabajo presentes), proceso (método de entrega) y resultados (consecuencias de las acciones

realizadas) (58). Estas tres son evaluadas, entre otros, a través de la satisfacción. Ésta proviene del latín “satisfactio, -ōnis”, (57) o sea ‘bastante hacer’ que también puede asociarse a ‘estar saciado’ (60). Según Oliver la definición de satisfacción orientada al proceso, presta mayor atención a los procesos de percepción, evaluativos y psicológicos que se combinan para generar satisfacción (61).

Como vemos, la percepción toma un rol fundamental, naciendo así el concepto de calidad percibida, la cual es definida como el “juicio del consumidor acerca de la excelencia o superioridad en general de una entidad” (62). La importancia que ha tomado este concepto, tanto a nivel nacional como internacional, es cada vez mayor, y debido a esto se ha tratado de medir, dando origen a una gran variedad de instrumentos que evalúan la calidad percibida; uno de los principales, reconocido y validado a nivel mundial es SERVQUAL, publicado por primera vez en 1988 (5) y actualmente de los más citados en la literatura desde distintas disciplinas de servicio (49, 63, 64). Este se basa en el *Paradigma de la desconfirmación* descrito a continuación.

### **2.2.2 Teoría de la desconfirmación**

Lo primero a considerar es que a medida que aumenta la relación expectativa-buen funcionamiento del producto, aumenta la satisfacción percibida de dicho objeto o servicio. Cabe destacar que Oliver en sus publicaciones plantea distintos puntos de vista con respecto a cómo se da el proceso de desconfirmación de una expectativa. Por un lado, se dice que la desconfirmación existe siempre que la expectativa sea comparada con un producto o servicio que cumpla o no con dicha expectativa. También se plantea como un proceso comparativo que termina con una decisión de satisfacción inmediata, mientras que otros lo ven como un estado cognitivo resultante de un proceso de comparación, el cual precede un juicio de satisfacción (61).

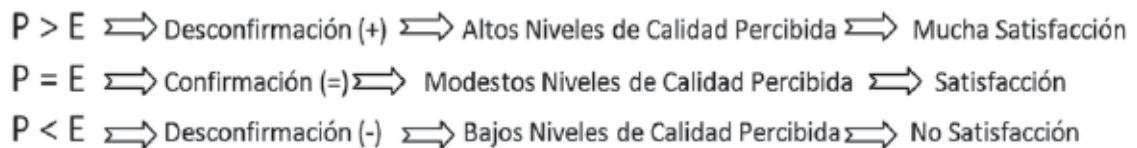
Según Oliver, “las expectativas que tiene una persona crean un marco de referencia sobre el cual el individuo realiza un juicio comparativo” (61). Cuando esta comparación da un resultado inferior del esperado (desconfirmación negativa) significa que la entrega del servicio se encuentra por debajo de este marco de referencia. Por otro lado, cuando es mejor de lo esperado (desconfirmación positiva) significa que fueron evaluados por sobre este marco (61).

Además, plantea una teoría con respecto a la satisfacción llamada *Nivel de adaptación*, la cual establece que percibimos un estímulo (objeto, servicio, etc.) sólo en relación a un estándar al cual nos adaptamos. Dicho estándar se crea en función de percepciones del estímulo mismo, del contexto y de características tanto fisiológicas como psicológicas del organismo. Una vez creado el nivel de adaptación, éste sirve como sostenedor de posteriores evaluaciones, sean positivas o negativas.

Si se aplica esto a las decisiones de satisfacción, se podría considerar que el nivel de expectativa que una persona tiene con respecto al funcionamiento o entrega de algún servicio corresponde a un nivel de adaptación. Por lo tanto, la expectativa es influenciada por los mismos factores que afectan a dicho nivel, es decir, el producto mismo, incluyendo alguna experiencia previa, connotaciones sobre la marca, el contexto (incluyendo referentes sociales y de venta del servicio o producto) y de características individuales. Finalmente, la última decisión depende del grado en el que el producto no es suficiente, excede o converge con la expectativa, teniendo así una desconfirmación negativa, positiva o cero. La satisfacción entonces, puede ser vista como el resultado de una combinación del nivel de expectativa y la desconfirmación resultante (61).

En resumen, el *Paradigma de la desconfirmación* es:

**Figura 1.** *Modelo de desconfirmación de expectativas* de Oliver.



Fuente: Borré Y, Vega Y. *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados* (30).

A partir de este modelo de satisfacción, expectativa y percepción de los servicios nace un creciente interés por poder cuantificar estas variables, el cual se potencia con el incremento de la economía. Es por esto que se crea SERVQUAL (5), con el objetivo de medir la calidad percibida con respecto a algún producto o servicio, el cual puede ser el entregado por el equipo multidisciplinario en el contexto hospitalario. Previo a su creación, los autores del instrumento

generaron una teoría que se sustenta, entre otras, en el Paradigma de Oliver, ya que incorpora el concepto de expectativa versus percepción, pretendiendo vigilar su resultado para conseguir la eficiencia de un servicio, descrito a continuación.

### **2.2.3 Modelo de las discrepancias**

Parasuraman y sus colaboradores explican que existen causas puntuales para que un servicio no sea eficiente, ni cumpla con las expectativas del usuario, las cuales fueron identificadas y agrupadas, para luego ser denominadas discrepancias, deficiencias o Gaps. Dicho modelo está basado en la definición de estos autores en cuanto a la calidad de servicio, que es “el juicio global del cliente acerca de la excelencia o superioridad del servicio que surge de la comparación entre las expectativas previas de los usuarios sobre el mismo y las percepciones acerca del desempeño del servicio recibido” (65).

- **Gap 1:** Discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la dirección de la empresa tiene sobre esas expectativas.
- **Gap 2:** Discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad de servicio, generando una incongruencia con los objetivos del servicio.
- **Gap 3:** Discrepancia entre las especificaciones de calidad –diseño del servicio- y el servicio realmente ofrecido – realizado, haciendo alusión a las normativas del mismo servicio las cuales deben orientarse hacia las necesidades del usuario.
- **Gap 4:** Discrepancia entre el servicio realmente ofrecido por la empresa y lo que se comunica a los clientes acerca de él.
- **Gap 5:** Diferencia entre expectativas y percepciones acerca del servicio realmente recibido por parte de los clientes.

Cabe destacar que se establece que los primeros cuatro Gaps dan origen al quinto. De acuerdo a lo anterior, al hablar sobre esta última discrepancia, se puede hacer referencia a la *Teoría de la desconfirmación* de Oliver, en la cual se establece una relación indirecta entre la expectativa de

calidad y la calidad percibida por el usuario, siendo esta última el resultado de la resolución o no resolución de discrepancias a lo largo del proceso de entrega del servicio al usuario.

Al tener identificados todos los Gaps de un servicio se pueden determinar y medir las ineficiencias en su gestión, para que idealmente en un futuro los problemas internos pesquisados sean resueltos. Destaca la importancia del Gap 5, ya que con éste se logra determinar el grado de satisfacción de los usuarios. Para acabar con dichas discrepancias o brechas toma relevancia el lograr satisfacer o exceder las expectativas del usuario, para así conseguir una reputación de excelente calidad (66).

Además, *SERVQUAL* señala que existen cinco dimensiones de calidad percibida, estas son: fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta, empatía y elementos tangibles (65), sin embargo, múltiples estudios publicados no han podido comprobarlas (49). Se debe considerar que se trata de un instrumento generalizado que sirve para medir la calidad percibida de todo tipo de servicios. A raíz de lo mencionado es que surge *SERVQHOS*, formulado por Mira et al (7), con un coeficiente de confiabilidad por consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,96 y validez total en Latinoamérica. Está basado en el instrumento original, por ende, se sustenta en las teorías descritas anteriormente y tiene por objetivo medir la calidad percibida exclusivamente en servicios hospitalarios. Las respuestas de este cuestionario serán producto de la relación entre las expectativas y percepciones que tenga el usuario de los servicios entregados por parte de una entidad de salud, dando como resultado la calidad percibida por éste. A diferencia de *SERVQUAL*, este cuestionario presenta dos dimensiones, por un lado, la calidad subjetiva, que aborda la opinión de la persona atendida en cuanto al trato recibido, la amabilidad y el interés por parte del personal hacia él; por otro lado, evalúa la calidad objetiva, la cual involucra el estado de las habitaciones, la accesibilidad, la información al usuario, etc. El objetivo principal de este cuestionario es entregar a la entidad de salud las problemáticas detectadas a partir de la percepción del usuario, con el fin de poder generar mejoras en la calidad de la asistencia sanitaria (67).

Durán et al. (28) y Correa (13), afirman que enfermería es un recurso fundamental y el eje insustituible de la atención en salud, es quien otorga, en mayor proporción con respecto al resto

del personal sanitario, los servicios prestados a los usuarios en los hospitales. Además, representa una cantidad considerable del recurso humano hospitalario. Debido a esto es que parte de la evaluación de la calidad percibida debe ser medida a partir del profesional enfermero.

Tal es la importancia del rol enfermero que no basta medir la calidad percibida a partir de la experiencia global del usuario. Es por esto que autores colombianos, basados en el instrumento SERVQHOS, elaboran una versión que evalúa exclusivamente la atención de enfermería a partir de la calidad percibida, llamado SERVQHOS-E. Además de basarse en las teorías anteriormente descritas, este instrumento incorpora una teoría exclusiva de enfermería, descrita a continuación.

#### **2.2.4 Teoría de Irvine y Sidani:**

El profesional enfermero cumple un rol fundamental en el desempeño intrahospitalario, siendo quien acompaña mayoritariamente a la persona atendida debido a todos los cuidados que debe realizar. Por ende, es quien puede establecer una relación más estrecha con el usuario.

El modelo creado por Irvine Diane y Sidani Souraya, surgió con el fin de guiar, examinar y evaluar el nivel de contribución que genera el profesional enfermero dentro del equipo de salud y la atención sanitaria. Esta propuesta está basada en el modelo de atención de calidad elaborado por Donabedian. En ella se establece la existencia de tres componentes: estructura, proceso y resultado, entre los cuales se genera una relación de interdependencia (68, 69).

La estructura se encuentra constituida por la enfermera, la persona atendida y la unidad de enfermería. El proceso, en cambio, se constituye por los diferentes roles (independiente, dependiente o interdependiente) que el profesional puede adoptar al momento de llevar a cabo los cuidados propios de la profesión. Por último, el resultado se define como el estado de la persona atendida, sus comportamientos y percepciones, producto de las intervenciones brindadas por el enfermero/a (68).

##### Estructura:

- **Enfermera:** Según Irvine, la enfermera es quien debe tener las capacidades y competencias adecuadas (teóricas y prácticas) para poder ejercer su rol de manera efectiva y lograr un óptimo desempeño en conjunto con la persona atendida.

- **Persona atendida:** Se plantea que el profesional debe determinar el estado de salud actual, considerando su gravedad y todas aquellas características que influyan en éste.
- **Unidad de enfermería:** Irvine la considera como la organización y las variables que puedan intervenir en el proceso y resultado del cuidado otorgado.

De esta manera, la enfermera, la persona atendida y la unidad de enfermería están interrelacionados, es decir, la satisfacción del/la enfermero/a se ve directamente afectada por su entorno laboral, y el de la persona atendida por el lugar donde se encuentra. Así, mientras mejor sea la percepción del usuario sobre el hospital, mejor será la percepción que tiene del profesional enfermero/a y, a su vez, entre más satisfecho esté el/la enfermero/a, mejor serán los servicios prestados. Es así como esta variable incide en las dos siguientes que son proceso y resultado (70).

#### Proceso:

- **Rol independiente:** Corresponden a todas las intervenciones que son propias del quehacer enfermero, que buscan seguir con la continuidad del cuidado y no requieren de indicación médica. Incluyen la evaluación de la persona atendida, toma de decisiones, planificación, entrega del tratamiento de manera oportuna y la evaluación de resultados.
- **Rol dependiente:** Se refiere a aquellos juicios y actividades asociadas con la implementación de indicaciones y tratamientos médicos.
- **Rol interdependiente:** Comprende todas las intervenciones coordinadas con el equipo interdisciplinario. Estas tienen como finalidad organizar y promover la continuidad de la atención y así poder brindar cuidados integrales a la persona atendida. La comunicación es fundamental para el desarrollo de este rol, ésta debe darse entre los distintos organismos que conforman el equipo, y así poder lograr la recuperación adecuada de quien lo requiere.

#### Resultado:

Hace referencia a la evaluación de los cambios que se dieron como resultado de los cuidados entregados por el profesional enfermero/a. Se debe tener presente el estado de salud actual de la

persona, las mejorías presentadas, los costos y beneficios (directos o indirectos), el conocimiento y conductas adquiridas en relación a la intervención de enfermería que fue realizada (68, 69). Cabe destacar que es en este punto donde se consideran “los estados, comportamientos y percepciones resultantes de las acciones de enfermería” (70).

Es importante entender que las relaciones interpersonales sustentan toda labor que realiza el/la enfermero/a. Establecer una adecuada relación enfermero/a-persona atendida le permitirá al profesional comprender en su totalidad al usuario. Solo así podrá abordar sus necesidades y carencias más frágiles y, por ende, más importantes para él. En consecuencia, será capaz de entregar cuidados más atingentes, asumiendo los distintos roles para alcanzar y cumplir las expectativas referentes a los cuidados de cada persona, los cuales están relacionados directamente. Esta atención óptima influirá en la percepción de calidad del usuario con respecto a los cuidados de enfermería que se le brinden (29).

Finalmente, teniendo esto en cuenta y considerando que la calidad de los cuidados que se entregan hoy en día son una prioridad, se vuelve esencial que sean constantemente evaluados, para así poder establecer modificaciones en caso de ser requeridas y finalmente lograr los estándares y garantizar al usuario la calidad y efectividad de sus cuidados.

En conclusión, la importancia del profesional enfermero/a se ve reflejada en distintas teorías y modelos que respaldan su rol fundamental e imprescindible dentro del equipo de salud. Es por esto que a nivel mundial lo avalan e incorporan en sus legislaciones. En Chile, el reconocimiento parte desde los cimientos de la atención en salud, siendo incorporado su rol en el artículo 113 del *Código Sanitario*:

"Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente” (71).

### **2.2.5 Adulto de mediana edad**

El adulto de mediana edad se encuentra cursando la etapa de *Adulthood media*, comprendida entre los 40 y 64 años, definida por Erik Erikson como aquella en la que se produce la crisis de *Productividad versus estancamiento*, en la cual el objetivo principal es alcanzar un equilibrio entre la realización personal, la crianza de los hijos y las metas autoimpuestas (72).

En esta etapa, el adulto transita entre la adultez joven y la vejez, donde se aprecian cambios tanto morfológicos como cognitivos. A nivel intelectual no existen evidencias de descenso en el funcionamiento cognitivo antes de los 64 años, por el contrario, hay un incremento en algunas áreas como el vocabulario, habilidades y conocimiento en general. Los adultos de mediana edad poseen una marcada ventaja al momento de solucionar problemas cotidianos, relacionado principalmente a su experiencia y a la capacidad de sintetizar su conocimiento, además de un aumento de destrezas en el pensamiento y comprensión de la información (73, 74).

Dado a las competencias intelectuales ya mencionadas, es que este grupo ha desarrollado un pensamiento crítico y un relativismo cognitivo que le permite el análisis de situaciones desde distintas perspectivas, lo cual se traduce en una mejor identificación de las posibles fortalezas y falencias que presenta el servicio entregado por el profesional enfermero/a.

Por otra parte, es relevante ver cómo se comporta la calidad en esta población, ya que diversos estudios avalan que la percepción de calidad crece conforme aumenta la edad de la persona, comenzando a decaer a partir de los 80 años (74).

## 2.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Tabla N° 1:** Operacionalización de variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Sub-dimensión</b>	<b>Indicadores</b>
Características sociodemográficas	Se definió como el conjunto de datos de naturaleza social y biológica que describen las características de una población. (Lagonell M, 2012) (76).	Sexo		Femenino Masculino
		Edad		Años cumplidos
		Nivel Educativo		Educación Básica Educación Media Técnico Educación Superior
		Nivel socio-económico	1. FONASA (36, 37). 2.Previsión privada	A B C D ISAPRE (40).
Características clínicas	Se definió como el conjunto de datos relacionados con la hospitalización/es previas y experiencias asociadas a éstas, consideradas al momento de la encuesta.	Tiempo de hospitalización.	Días	Número de días de hospitalización
		Experiencias previas.		Número de hospitalizaciones en los últimos cinco años, sin considerar la actual.

<b>Variable Principal</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Operacionalización</b>
Calidad de la atención de enfermería.	Se definió calidad de la atención de enfermería como “la relación existente entre las expectativas previas y la experiencia posterior del usuario frente a los cuidados e intervenciones prestadas por el profesional de enfermería durante la estadía hospitalaria”. (adaptación de Oliver y <i>Teoría de la desconfirmación</i> ).	Calidad objetiva	Se midió mediante SERVQHOS-E en su versión de dieciséis ítems, el cual consta de cinco alternativas de respuesta que son 1 para “mucho peor de lo que esperaba”, 2 para “peor de lo que esperaba”, 3 para “como me lo esperaba”, 4 para “mejor de lo que me esperaba” y 5 para “mucho mejor de lo que me esperaba”. Con esto se miden las dimensiones objetiva y subjetiva, que, para fines estadísticos se establecieron las categorías: alta (puntajes 4 y 5), media (puntaje 3) y baja (puntajes 1 y 2). Las preguntas que abarca esta dimensión son:  1.-Los equipos que utiliza el personal de enfermería para hacer su trabajo ha sido.

			<p>2.-La apariencia (presentación personal) del personal de enfermería ha sido.</p> <p>3.-Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido.</p> <p>5.-El estado en el que están las salas del hospital (apariencia y comodidad) ha sido.</p>
		Calidad subjetiva	<p>Se midió mediante SERVQHOS-E en su versión de 16 ítems, el cual consta de 5 alternativas de respuesta que son 1 para “mucho peor de lo que esperaba”, 2 para “peor de lo que esperaba”, 3 para “como me lo esperaba”, 4 para “mejor de lo que me esperaba” y 5 para “mucho mejor de lo que me esperaba. Con esto se miden las dimensiones objetiva y subjetiva, que, para</p>

			<p>fines estadísticos se establecieron las categorías: alta (puntajes 4 y 5), media (puntaje 3) y baja (puntajes 1 y 2). Las preguntas referentes a esta dimensión son:</p> <p>4.-El interés del personal de enfermería por cumplir lo que le promete ha sido.</p> <p>6.-La información que el personal de enfermería le proporciona ha sido.</p> <p>7.-El tiempo de espera para ser atendido por el personal de enfermería cuando usted requiere algo ha sido.</p> <p>8.-El interés del personal de enfermería por solucionar sus problemas ha sido.</p> <p>9.-La puntualidad del personal de enfermería en atenderlo ha sido.</p> <p>10.-La rapidez con que</p>
--	--	--	---

			<p>consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.</p> <p>11.-La disposición del personal de enfermería para ayudarlo cuando lo necesita ha sido.</p> <p>12.-La confianza (seguridad) que el personal de enfermería le transmite a usted ha sido.</p> <p>13.-La amabilidad (cortesía) del personal de enfermería en el trato hacia usted ha sido.</p> <p>14.-La preparación del personal de enfermería para realizar bien el trabajo ha sido.</p> <p>15.-El trato personalizado que el personal de enfermería le entrega a usted ha sido.</p> <p>16.-La capacidad del personal de enfermería para comprender sus necesidades ha sido.</p>
--	--	--	--

## **CAPÍTULO 3:**

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **3.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Se planteó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal con análisis de tipo descriptivo.

#### **3.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO**

La población correspondió a todos los adultos de mediana edad (entre 40–64 años) que recibieron atención de enfermería en los servicios de MCM y BCM, de un recinto de alta complejidad de la ciudad de Valparaíso, que fueron atendidos durante los meses de julio y agosto de 2016. En base a las estadísticas del año 2016, se estimó un total de 266 sujetos de acuerdo a un promedio mensual de egreso (52).

La población fue escogida por un conjunto de características propias de la edad. Además, el escenario cuantitativo de la región, favorece la realización de un estudio enfocado en los adultos de mediana edad como población ideal, ya que dicho grupo etario conforma el 30,8% del total de la población asignada para el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y el 30,7% de la población asignada sólo para la ciudad de Valparaíso, donde al contrario de lo que se cree, los adultos mayores están muy por debajo con un 12,6% de la población asignada sólo para la ciudad de Valparaíso y un 12,4% de la población asignada para el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (51). Cabe destacar que el centro estadístico de dicho servicio de salud ordena a la población adulta en rangos de cuatro años iniciando en los 40 años (inclusivo), por lo que los 64 son el límite para no ser considerado adulto mayor en Chile (51).

#### **3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La selección de la muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia o intencional, debido a que se tomaron sólo los adultos de mediana edad entre los 40-64 años de los servicios mencionados, que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión correspondientes. Se esperó abordar a la totalidad de los sujetos disponibles o un número cercano a la población total.

**Criterios de inclusión:**

- Adultos de mediana edad que lleven dos días o más de hospitalización en los servicios de BCM y MCM.
- Personas en estado de conciencia cualitativo y cuantitativo óptimo (Glasgow 15 y orientados en tiempo, espacio y persona, sin agitación psicomotora).

**Criterios de exclusión:**

- Adulto de mediana edad con discapacidad psíquica o mental que no pueda aceptar el Consentimiento informado.
- Adulto de mediana edad que no desee firmar el Consentimiento informado.

**3.4 INSTRUMENTO****3.4.1 Descripción**

El instrumento utilizado fue el cuestionario SERVQHOS-E (versión para enfermería del SERVQHOS original) validado por el Mg. Julián Barragán y Manrique en Boyacá, Colombia en el año 2010 (17). Adaptado posteriormente por el enfermero e investigador Yeis Miguel Borré y colaboradores, a través de una prueba piloto en Barranquilla, Colombia, el año 2014, en el que se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,96 (19).

Este cuestionario consta de dieciséis ítems con los que se pretende medir la calidad percibida por los usuarios, enfocado a los cuidados entregados por el profesional enfermero/a, en base a la expectativa sobre éstos, en contraste con los cuidados recibidos por la persona atendida, además de una encuesta de satisfacción global. Las preguntas se miden de acuerdo a una escala de Likert, con una puntuación de 1 para la opción “mucho peor de lo que esperaba”, 2 para “peor de lo que esperaba”, 3 para “como me lo esperaba”, 4 para “mejor de lo que me esperaba” y 5 para “mucho mejor de lo que me esperaba”. En relación a los estudios realizados al instrumento, autores han establecido la existencia de una dimensión objetiva y otra subjetiva (29), donde los ítems uno, dos, tres y cinco responden a los aspectos objetivos, y los ítems cuatro y del seis al dieciséis a los

aspectos subjetivos, mismos ítems que comprenden los aspectos tangibles e intangibles respectivamente (30).

La calidad objetiva hace referencia a aquellas características observables y verificables (30, 49), como lo son el estado de los insumos o equipo que utiliza el profesional de enfermería, el estado de las habitaciones, etc. Por otro lado, la calidad subjetiva se refiere a aspectos más bien personales y emocionales que conforman parte de la experiencia del usuario (30, 49), aludiendo a características y habilidades como la empatía, el interés y el trato recibido por el profesional de enfermería.

### **3.4.2 Validación**

#### **3.4.2.1 Validación por contenido**

Para poder utilizar SERVQHOS-E en nuestro país se realizó una adaptación para Chile, la cual fue sometida a un proceso de validación. En primer lugar, para mayor control de calidad de los datos, se realizó la validación de contenido a través del coeficiente de Kappa de Fleiss, que mide la concordancia entre tres o más jueces con respecto a un mismo contenido, en este caso el instrumento de dieciséis ítems. Se entiende por concordancia al momento en el que diferentes jueces, evaluando el mismo contenido, llegan a las mismas decisiones de codificación (76). Ante esto, se reunió a siete expertos con postgrados en calidad (Tabla N° 2), quienes mediante una tabla evaluaron cada ítem del instrumento otorgándole una nota del 1 al 5, donde 1 es la nota mínima y 5 es la nota máxima para cada pregunta.

Se considera un valor de Kappa aceptable un coeficiente igual o mayor a 0,7, sin embargo, nunca se logró dicho valor. Debido a esta problemática, se consultó con un experto en Kappa de Fleiss, el profesor Juan Jesús Torres Gordillo, Doctor en el área de métodos de investigación y diagnóstico en educación en la Universidad de Sevilla, España, el cual planteó que Kappa de Fleiss no se debe utilizar en investigaciones cuantitativas ni cualitativas, ya que, aunque sea una escala nominal, de todas maneras, se deben utilizar números para poder cuantificarla. Sin embargo, puede ser aplicado a escalas binarias y nominales, donde no existe un orden entre las respuestas (género, estado civil, etc.).

En este caso, el instrumento utiliza una escala de Likert que mide desde “mucho peor de lo que esperaba” hasta “mucho mejor de lo que me esperaba”, por lo que existe un orden entre las respuestas. Ante esto, Torres sugirió utilizar métodos estadísticos básicos como media y desviación estándar (DE) para calcular de manera efectiva la concordancia entre los jueces en cada ítem.

Dentro de los resultados, la media fue mayor a 4, por lo que se concluye que los expertos evaluaron cercano a la nota máxima cada ítem. Con respecto a la DE, se obtuvo un valor igual o menor a 1, por lo que no hay gran diferencia entre los expertos con respecto a las calificaciones de cada ítem. Como conclusión, la concordancia entre los expertos es máxima, otorgando una validez por contenido óptima al instrumento SERVQHOS-E Chile y una utilización aceptada en investigaciones.

**Tabla N° 2:** Expertos en calidad con títulos y cargos respectivos.

<b>Nombre de los Expertos</b>	<b>Títulos y/o Cargos</b>
Cecilia Landman Navarro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera-Matrona, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Diplomado Internacional en Gestión de la Calidad en instituciones de educación superior, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Magister en Educación Mención Currículum, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV).</li> <li>- Doctor© en Educación Mención Evaluación, Universidad de Playa Ancha.</li> </ul>
Dagoberto Salinas Avilés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajador Social, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV).</li> <li>- Post-título en Estadística y Computación, Universidad de Playa Ancha.</li> <li>- Magister en Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV).</li> <li>- Doctor en evaluación, mejora y calidad en la educación superior, Universidad de Cádiz, España.</li> </ul>

Irene Vicente Martínez	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).</li> <li>- Diplomado en Metodología y Evaluación de la Calidad Asistencial, Universidad Autónoma de Barcelona.</li> <li>- Master en Especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial, Universidad Autónoma de Barcelona.</li> <li>- Jefe de programa de extensión en calidad asistencial y acreditación de instituciones de salud.</li> <li>- Dirección de extensión de la escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).</li> </ul>
Jemima Hernández Hormachea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistente Social, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Magíster en Gestión de Calidad, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Directora de docencia en División Académica, Universidad de Valparaíso.</li> </ul>
Pía Gardella González	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cirujano Dentista, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Diplomado Gestión en Salud, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Diplomado Gestión de Calidad y Acreditación de Instituciones de Salud, Universidad Andrés Bello (UNAB).</li> </ul>
Karen Niemann Vizcarra	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingeniero en Ejecución en informática, Universidad Técnica Federico Santa María (UTFSM).</li> <li>- Diplomado en Responsabilidad Social, Universidad de Concepción (UDEC).</li> <li>- Magíster en Gestión de Calidad, Universidad de Valparaíso.</li> </ul>
Cecilia Jara Cortés	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermera-Matrona, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Magíster en Gestión de Organizaciones de Salud, Universidad de Valparaíso.</li> <li>- Asesora del Programa de Salud de la Infancia en la Seremi de Salud, Región de Valparaíso.</li> </ul>

### **3.4.2.2 Validación estadística**

#### Coeficiente alfa de Cronbach

En general, la validez de un instrumento hace referencia a la medida en que sus constructos están midiendo lo que deberían medir, dando un grado de confianza a este (77). A este respecto, son múltiples las variantes de validez que pueden contrastarse. Una condición necesaria, aunque no suficiente, para validar una medida es su fiabilidad. De acuerdo a George y Mallery (78), la fiabilidad se relaciona con el hecho de que el instrumento de medición produzca los mismos resultados cada vez que sea administrado a la misma persona y en las mismas circunstancias.

En este sentido, el coeficiente alfa de Cronbach, es el indicador más ampliamente utilizado para este tipo de análisis. Este coeficiente determina la consistencia interna de una escala analizando la correlación media de una variable con todas las demás que integran dicha escala. Toma valores entre 0 y 1, aunque también puede mostrar valores negativos (lo que indicaría que en la escala hay ítems que miden lo opuesto al resto). Cuanto más se acerque el coeficiente a la unidad, mayor será la consistencia interna de los indicadores en la escala evaluada. Aunque no existe un acuerdo generalizado sobre cuál es el límite que demarca cuándo una escala puede ser considerada como fiable o no, según George y Mallery, el alfa de Cronbach por debajo de 0,5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si tomara un valor entre 0,5 y 0,6 se podría considerar como un nivel pobre; si se situara entre 0,6 y 0,7 se estaría ante un nivel débil; entre 0,7 y 0,8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0,8-0,9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0,9 sería excelente (78).

Bajo los parámetros expuestos, se puede afirmar que el cuestionario presenta un nivel de fiabilidad excelente (0,931), lo cual indica que el instrumento está bien calibrado y no se deben realizar modificaciones a las preguntas consideradas.

### **3.5 PRUEBA PILOTO DEL INSTRUMENTO**

Previa aplicación del instrumento SERVQHOS-E, se realizó una prueba piloto con el fin de analizar la consistencia interna, comprensión del instructivo, preguntas, tiempo pertinente para la aplicación y cómo actúan los usuarios frente al instrumento, con el fin de adaptarlo a la realidad

regional. Para ello se utilizó entre el 5-10% de la muestra estimada en el mismo hospital de alta complejidad.

Este proceso fue llevado a cabo por los investigadores durante el mes de mayo, en el Servicio de Baja Complejidad Quirúrgica, que atiende principalmente patologías oftálmicas y otorrinolaringológicas con un gran número de adultos de mediana edad. Se abarcaron en total 17 adultos que cumplieran con las características principales de la población, es decir:

- Edad entre 40 y 64 años.
- Estar hospitalizado en un hospital de alta complejidad de Valparaíso.
- Estado de conciencia cuantitativo y cualitativo óptimo.

Cabe destacar que, a diferencia de los criterios de inclusión de este estudio, no todos los adultos medios cumplieron con dos días o más de hospitalización, ya que se buscaba evaluar la recepción del instrumento y no las respuestas en sí.

Para la aplicación de la prueba piloto, se redactó un instructivo en base al creado por los autores originales del instrumento, con el objetivo de aclarar ciertas preguntas que, desde la perspectiva de los investigadores, podrían generar inconvenientes de comprensión, incorporando además sugerencias realizadas por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso–San Antonio.

### **3.5.1 Recolección de datos**

En una primera instancia, se efectuó la capacitación de cada tesista para la realización de la prueba piloto en el servicio anteriormente mencionado. Una vez cursados y autorizados los permisos por parte del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, junto con la gestión y coordinación con los jefes de servicio, y explicación al equipo de salud en turno, se acudió a la unidad de cada adulto de mediana edad hospitalizado que cumplía con las características de la población. Cada entrevistador se presentó y realizó una pequeña explicación respecto al cuestionario, solicitando su participación voluntaria y confirmación de ésta mediante la firma del Consentimiento informado.

Terminada la prueba piloto se procedió a analizar los resultados obtenidos (Tabla N° 3) y a partir de estos, se realizó una nueva capacitación para la aplicación del instrumento.

**Tabla N° 3:** Análisis de resultados obtenidos en prueba piloto.

<b>N° Pregunta</b>	<b>Descripción de la pregunta</b>	<b>Recepción</b>
Pregunta 1	Los equipos que utiliza el personal de enfermería para hacer su trabajo ha sido.	Con la aclaración expresa en el instructivo no generó dificultad, teniendo una buena recepción.
Pregunta 2	La apariencia (presentación personal) del personal de enfermería ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 3	Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 4	El interés del personal de enfermería por cumplir lo que le promete ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 5	El estado en el que están las salas del hospital (apariencia y comodidad) ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 6	La información que el personal de enfermería le proporciona ha sido.	Genera dificultad debido a que consultaron a qué tipo de información se refería.
Pregunta 7	El tiempo de espera para ser atendido por el personal de enfermería cuando usted	No presenta dificultad.

	requiere algo ha sido.	
Pregunta 8	El interés del personal de enfermería por solucionar sus problemas ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 9	La puntualidad del personal de enfermería en atenderlo ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 10	La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 11	La disposición del personal de enfermería para ayudarle cuando lo necesita ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 12	La confianza (seguridad) que el personal de enfermería le transmite a usted ha sido.	Presenta dificultad debido al tipo de confianza al que hace referencia la pregunta.
Pregunta 13	La amabilidad (cortesía) del personal de enfermería en el trato hacia usted ha sido.	No presenta dificultad.
Pregunta 14	La preparación del personal de enfermería para realizar bien el trabajo ha sido.	En una minoría genera dificultad en la comprensión, por lo que es necesario volver a repetir la respuesta expresa en el instructivo.
Pregunta 15	El trato personalizado que el personal de enfermería le entrega a usted ha sido.	En una minoría genera dificultad debido a como traducir lo referente a “trato personalizado” en acciones.

Pregunta 16	La capacidad del personal de enfermería para comprender sus necesidades ha sido.	Genera dificultad debido a que en general no se comprende como el personal podría ser capaz de comprender las necesidades del sujeto.
-------------	--	---

La comprensión general del instrumento no generó mayor complicación y pudo ser finalizado respondiendo la totalidad de las preguntas. Cabe destacar que las personas atendidas que se acercaban más a los 64 años, tenían una comprensión más lenta de las mismas, obligando a los encuestadores a leerlas pausadamente y repetir las claves de respuesta, siendo estas últimas las que tuvieron mayor dificultad a la hora de responder, requiriendo más tiempo. A pesar de esto, la duración de la aplicación fue la estimada por los investigadores, incluso menor, incluyendo la lectura del Consentimiento informado. Además, se debe destacar la buena recepción del instrumento y de los investigadores por parte del servicio y los participantes del estudio, siendo estos últimos muy colaboradores, obteniendo casi ninguna negativa de participación, lo cual sentó un buen precedente para la aplicación posterior del instrumento.

### **3.6 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO**

#### **3.6.1 Organización interna del grupo:**

Para la aplicación del cuestionario SERVQHOS-E se conformaron dos grupos de cinco integrantes cada uno, con el fin de abarcar los servicios de BCM y MCM durante los meses de julio y agosto del año 2016. En primera instancia, ambos subgrupos se presentaron al respectivo enfermero/a supervisor/a definiendo los lineamientos necesarios para trabajar en cada servicio; se realizaron orientaciones, presentación a los profesionales del servicio, estableciendo horarios y días para la aplicación, siendo éstos de lunes a sábado desde las 16:00 horas, evitando interferir en su funcionamiento. Con esta información, cada subgrupo se organizó de manera autónoma para asistir a los servicios, siendo entre dos a tres personas las que concurrieron simultáneamente por unidad. Además, se asistió con el delantal institucional de la carrera de Enfermería de la

Universidad de Valparaíso y las respectivas credenciales, cumpliendo con los estándares establecidos.

Durante la primera semana se asistió diariamente, para así poder abarcar a la totalidad de la población seleccionada, sin embargo, se evidenció la larga estadía general de los adultos de mediana edad, por lo que se optó por asistir según fuese necesario a cada servicio, teniendo en consideración los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el presente estudio.

Con respecto al lugar físico de la aplicación, se utilizó la unidad de cada usuario entrevistado, asegurándose previamente la confidencialidad y privacidad, promoviendo la comodidad y fidelidad de respuesta de la persona.

### **3.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Para el procesamiento de los datos, se confeccionó una base de datos en una hoja de cálculo en la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 2013. El análisis de los datos fue realizado por la Licenciada en Estadística de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Paula Guerrero Russell, quien utilizó la aplicación Microsoft Excel del programa Microsoft Office 2015 y el programa RStudio para el procesamiento de la base de datos, generando así los gráficos y tablas correspondientes a través de las medidas de frecuencia absoluta y frecuencia relativa, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (DE) de las variables en estudio (Tabla N° 4).

Para la variable principal las respuestas se promediaron y categorizaron en rangos, donde de 1 a 2,9 se consideró una calidad percibida baja, de 3 a 3,9 una calidad percibida media y de 4 a 5 se consideró una calidad percibida alta. Esta categorización responde a la postulada por los autores originales del instrumento (17, 29) basada en el *Modelo de desconfirmación de expectativas* de Oliver (61), donde se establece que los promedios inferiores a 3 corresponderán a una desconfirmación negativa, la categoría media a una desconfirmación neutra o cero y aquellos promedios sobre 4 una desconfirmación positiva.

**Tabla N° 4:** Análisis de datos

<b>Objetivo</b>	<b>Variable</b>	<b>Estadígrafos utilizados</b>
Identificar la calidad percibida de la atención de enfermería por adultos de mediana edad hospitalizados, según dimensiones.	Calidad percibida de la atención de enfermería.	- Frecuencia relativa y absoluta. - Medidas de tendencia central.
Identificar las características sociodemográficas de los adultos de mediana edad hospitalizados.	Características sociodemográficas.	- Frecuencia relativa y absoluta. - Medidas de tendencia central. - Medidas de dispersión.
Identificar las características clínicas de los adultos de mediana edad hospitalizados.	Características clínicas.	- Frecuencia relativa y absoluta. - Medidas de tendencia central.

### **3.8 ASPECTOS ÉTICOS**

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, mediante la Resolución Exenta N° 04870 año 2016, con fecha cuatro de mayo, y por el Comité Ético Científico de la Universidad de Valparaíso CEC-UV, protocolo número CEC126-2016, con fecha 16 de agosto del 2016. Para ello, se enviaron los siguientes protocolos:

- Cartas de autorización de los autores del instrumento.
- Cartas de aceptación de los jefes de unidad de los servicios de BCM y MCM para la aplicación del instrumento.
- Cartas de aceptación de los jefes de unidad del Servicio de Baja Complejidad Quirúrgica.
- Carta de compromiso del investigador principal.

- Consentimiento informado, para ser aplicado a los participantes.
- Documento firmado por el/la tutor/a en que certifica conocer y respetar la *Ley N° 20.120, Decreto 114, Decreto 30, Norma 57, Ley N° 20.584, Ley N° 19.628, Norma Técnica 0151*, y declarar cumplir específicamente con el Estándar 10, del 2013. Además de conocer y respetar normas de buenas prácticas clínicas y directrices internacionales para la IBSH.
- Carta de compromiso y declaración de posibles conflictos de interés del/la tutor/a investigador.

### **3.8.1 Principios de Belmont:**

Paralelamente, en cada etapa del estudio, se consideraron los principios de Belmont (79):

#### Respeto a las personas

Se respetaron los requisitos éticos de los participantes en todas las etapas de la investigación, entre los cuales se consideraron: permitir al sujeto cambiar de opinión, retirarse y solicitar nueva información sin sanción o represalia, participando de manera voluntaria durante todo el proceso. La privacidad de los datos recolectados fue respetada acorde a las reglas de confidencialidad, éstos se utilizaron sólo para cumplir con los objetivos planteados en la investigación.

#### Beneficencia

El presente estudio contribuyó de forma indirecta a generar el bien común, lo cual permitirá que a futuro dicha información se utilice para mejorar aquellas áreas deficientes, y con ello los cuidados otorgados. Se informó con pertinencia los riesgos y beneficios, y si se hubiese presentado algún riesgo no contemplado, los tesisistas se comprometieron con el bienestar del sujeto durante su participación, brindando el apoyo necesario.

#### Justicia

La muestra fue seleccionada de tal manera que permitió la posibilidad a todos los integrantes de ser encuestados en una primera instancia, dándoles un trato equitativo, imparcial y adecuado.

Además, la carga de riesgo es distribuida de forma justa. Cabe destacar que toda la población se verá beneficiada de los resultados de la investigación de manera indirecta.

### **3.8.2 Consentimiento informado**

Todos los sujetos que formaron parte de la investigación lo hicieron de forma voluntaria, la cual se hizo efectiva mediante la firma libre e informada del Consentimiento informado, documento que acredita la comprensión de la metodología de investigación, los objetivos y de forma explícita su colaboración con la misma, dejando en claro sus derechos y deberes y los resguardos pertinentes por parte de los investigadores.

### **3.8.3 Valoración de riesgos y beneficios**

Este estudio posee un bajo riesgo ya que es de tipo no experimental, por ende, el riesgo se ve minimizado frente al potencial beneficio de la investigación, considerando los principios de no-maleficencia y beneficencia.

A pesar de esto, se reconoce que la aplicación de la encuesta puede provocar un cierto grado de estrés o incomodidad, considerando la crisis paranormativa que enfrentan los usuarios. De igual manera, los encuestadores estaban capacitados para la aplicación del instrumento, utilizando herramientas como la escucha activa y empática, que permitieron al sujeto sentirse cómodo y así disminuir las posibles molestias, brindando contención si se ameritaba.

Considerando que la investigación se basa en sujetos hospitalizados, se contó con la ayuda del Comité del Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología perteneciente a la Universidad de Valparaíso, quien dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a aquellos casos que requieren de atención terapéutica y que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación, como consecuencia de la misma.

### **3.8.4 Selección de los sujetos**

Para este estudio la muestra fue seleccionada con el objetivo de responder la pregunta de investigación, sin declarar conflictos de interés. Todos los sujetos de la población están en condiciones de beneficiarse de la investigación respetando los principios anteriores, de modo

indirecto. Por último, la selección de los sujetos fue justa y no se consideró la exclusión arbitraria de los participantes.

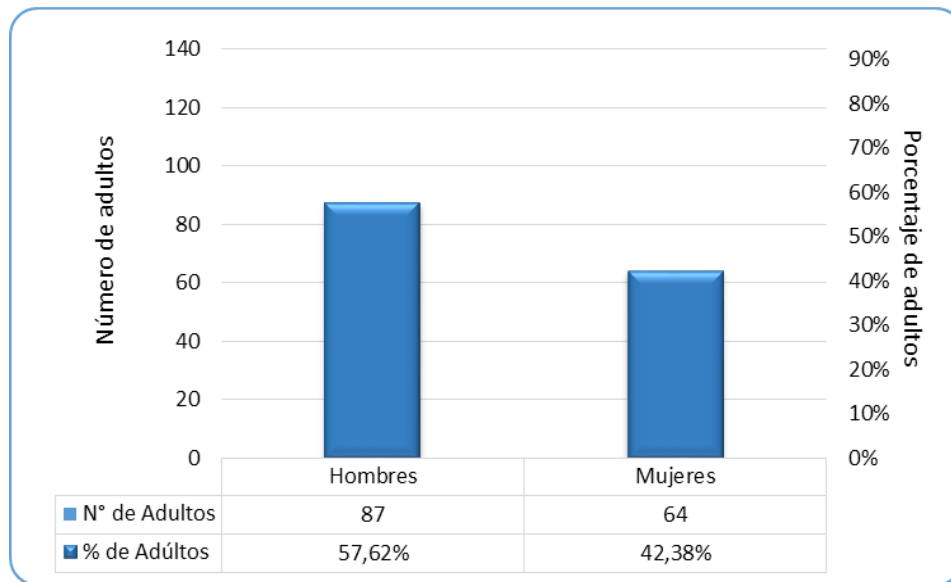
## CAPÍTULO 4:

### ANÁLISIS DE RESULTADO

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

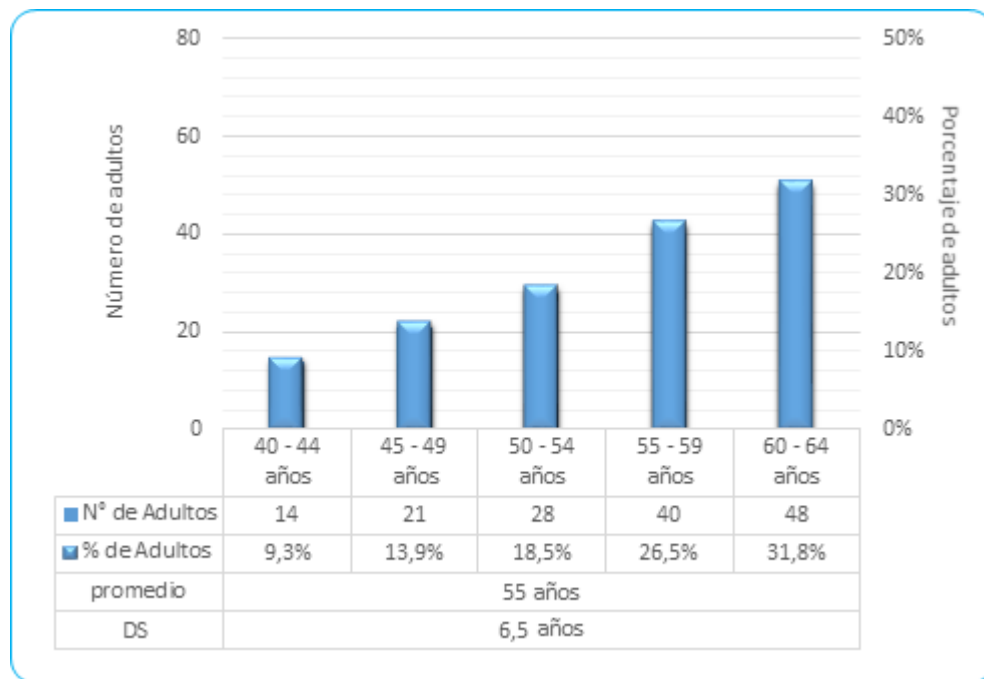
A continuación, se describen los resultados del cuestionario en relación a las variables sociodemográficas, las cuales tienen como objetivo la caracterización de la muestra en estudio.

**Gráfico N° 1:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según sexo.



En el gráfico N° 1, del total de adultos de mediana edad encuestados en los servicios de BCM y MCM del hospital de alta complejidad, el 57,6% ( $f_i=87$ ) fueron hombres y un 42,4% ( $f_i=64$ ) mujeres.

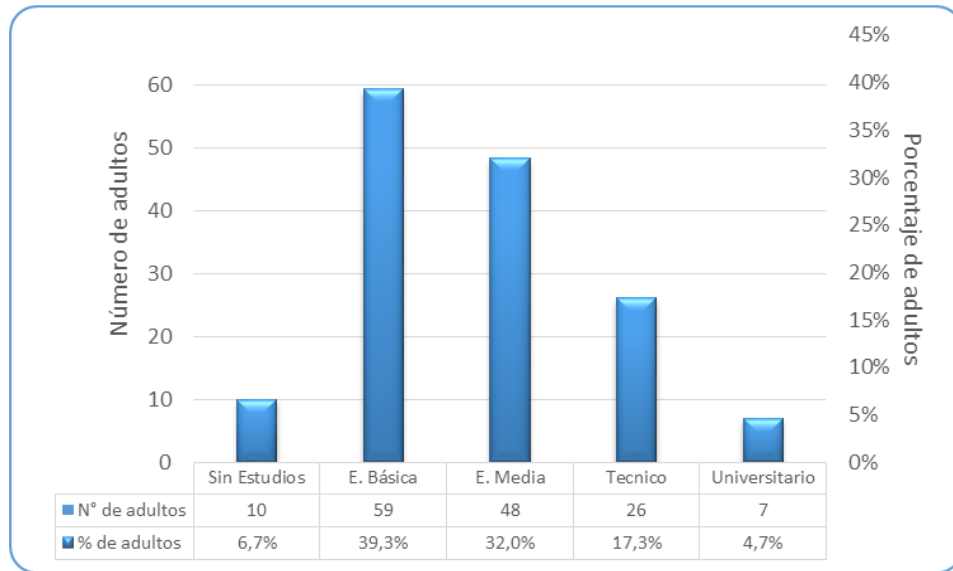
**Gráfico N° 2:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según edad.



En el gráfico N° 2, del total de adultos de mediana edad encuestados, el 41,7% correspondió a personas de 40 a 54 años, mientras que el 58,3% hace referencia a adultos de 55 a 64 años, por lo que la muestra está compuesta principalmente por adultos de edad más avanzada dentro del rango etario encuestado, con una media de 55 años y una desviación estándar de 6,5 años, evidenciando heterogeneidad en la muestra

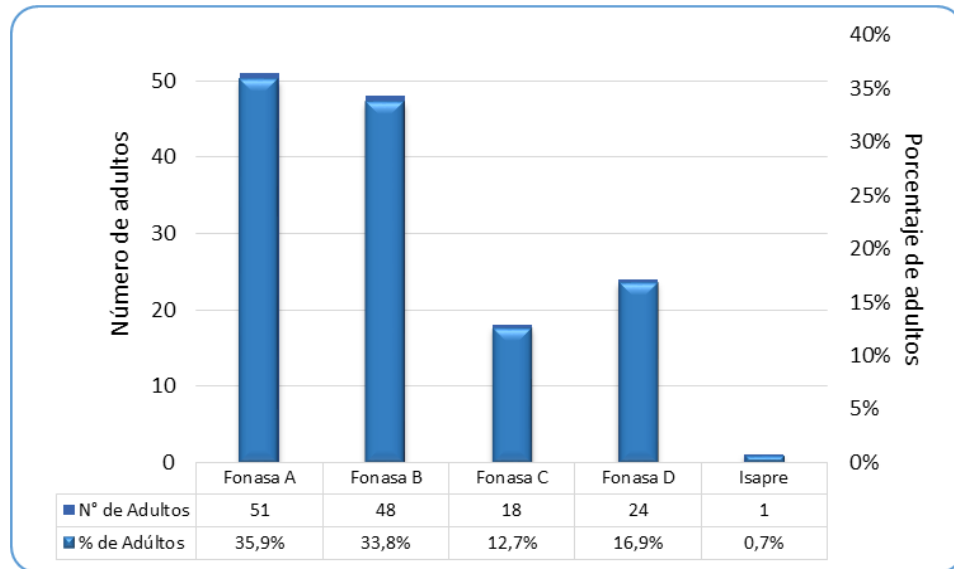
La distribución de las edades por sexo es similar, por lo que no se observan diferencias entre las medianas de las edades por sexo, observando una mayor dispersión en el 25% inferior de ambos géneros. El 50% de las edades de los encuestados de sexo masculino es de a lo más 56 años, y el 50% de las edades de los encuestados de sexo femenino es de a lo más 55,5 años (Anexo N°1).

**Gráfico N° 3:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios BCM y MCM, según nivel educacional.



Como se puede observar en el gráfico N° 3, el 39,3% de los adultos de mediana edad encuestados en los servicios de BCM y MCM terminaron su enseñanza básica, el 32% su educación media y un 22% tenía estudios técnicos o universitarios.

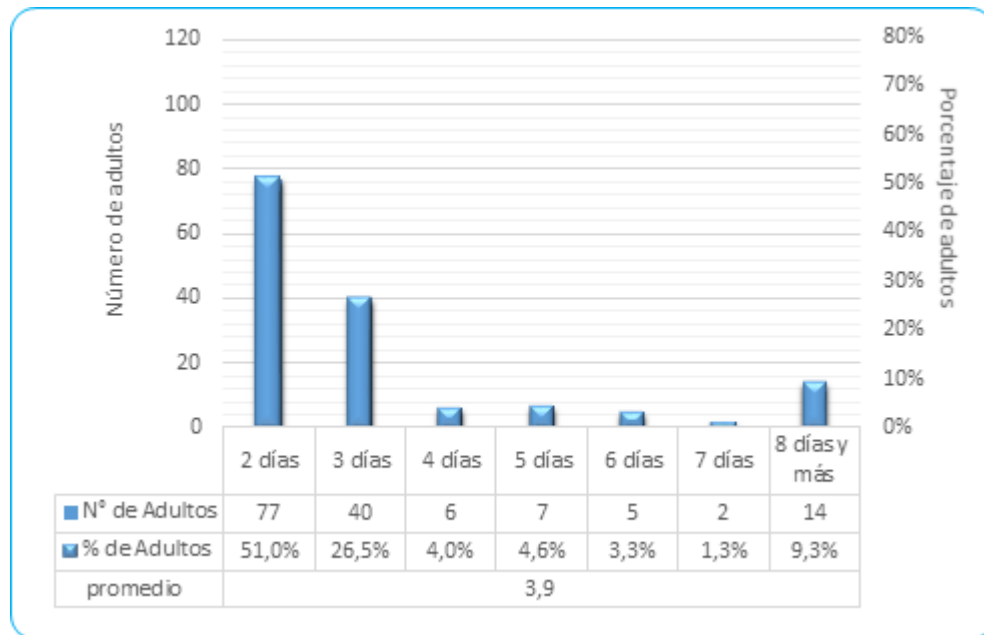
**Gráfico N° 4:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según nivel socioeconómico.



En el gráfico N° 4 se observa que el 99,3% de los adultos de mediana edad encuestados en los servicios de BCM y MCM tenían como sistema de previsión de salud a FONASA, de los cuales el 35,9% pertenecían al tramo A y un 33,8% al tramo B. El 0,7% contaba con un sistema de previsión de salud ISAPRE y otros. Cabe destacar que del total del tramo A, dos personas integraban al sistema PRAIS.

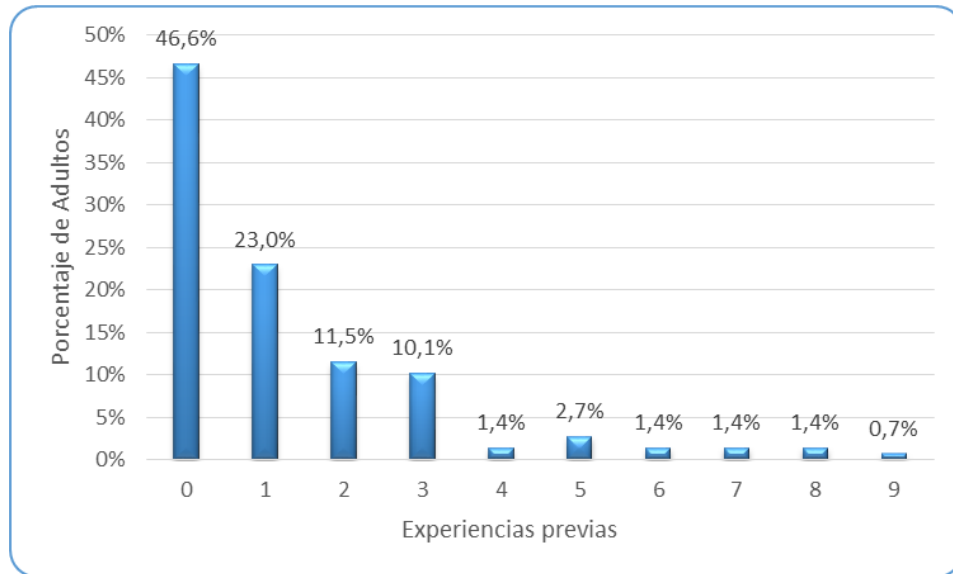
## 4.2 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

**Gráfico N° 5:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según días de hospitalización.



Como se puede observar en el gráfico N° 5, el 51% de la muestra cursaba dos días de hospitalización, un 26% tres días y solo un 22% cuatro días o más al momento de la aplicación del instrumento. Se observa una relación inversa entre los días de estancia y el número de personas que los cursaron, con 3,9 días como promedio.

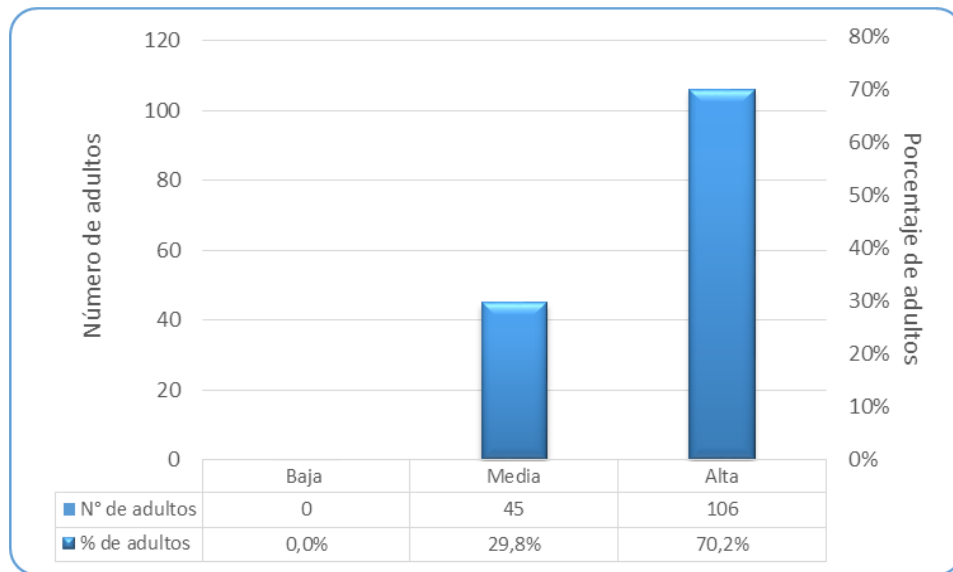
**Gráfico N° 6:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según experiencias previas.



En el gráfico N° 6, se observa que un 46,6% de los encuestados no presentó experiencias previas considerando los últimos cinco años, mientras que un 44,6% se hospitalizó entre 1 a 3 veces en el período especificado, y un 8,8% lo estuvo a lo menos 4 veces.

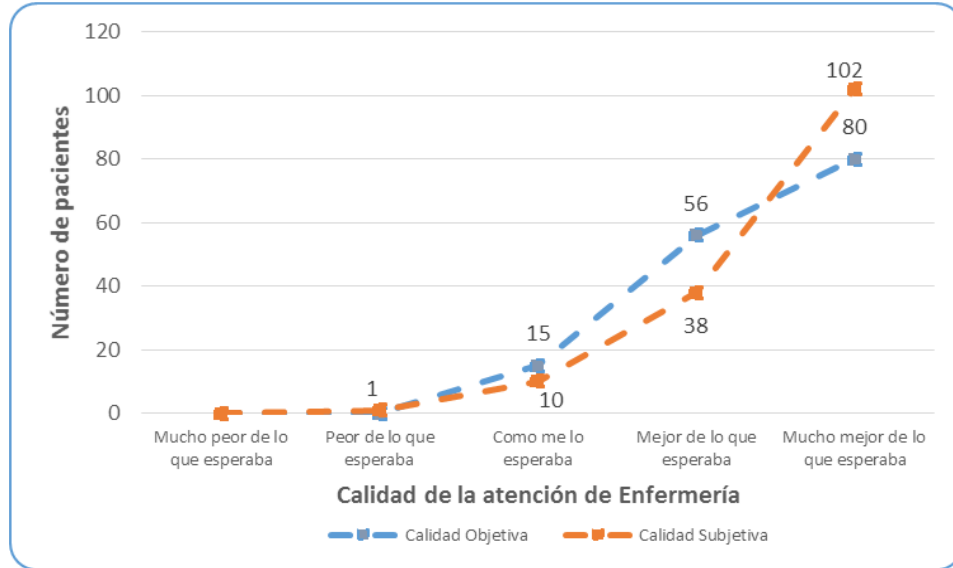
### 4.3 CALIDAD PERCIBIDA

**Gráfico N° 7:** Calidad percibida por adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM.



En el gráfico N° 7 se observan las cinco opciones de respuesta agrupadas en tres grandes categorías: baja, media y alta. A partir de esto, se evidenció que la calidad percibida por parte de los usuarios encuestados del hospital de alta complejidad fue clasificada como media y alta en un 29,8% y un 70,2% respectivamente.

**Gráfico N° 8:** Calidad percibida por adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según dimensión objetiva y subjetiva.



En el gráfico N° 8 se puede observar el número de personas según las respuestas en las dimensiones de calidad objetiva y calidad subjetiva. Destaca que en la dimensión calidad subjetiva las respuestas se concentran en “mucho mejor de lo que me esperaba”, a diferencia de la calidad objetiva, donde principalmente se reparten entre “mejor de lo que me esperaba” y “mucho mejor de lo que me esperaba”. En la respuesta “como me lo esperaba”, existe una leve diferencia de cinco personas entre las dimensiones. Dentro de las respuestas de desconfirmación negativa, solamente una persona respondió “peor de lo que esperaba” en una de las preguntas de la dimensión calidad subjetiva. Se observa que la calidad percibida subjetiva supera a la objetiva, presentando una concentración de 140 versus 136 personas respectivamente en las respuestas que corresponden a la categoría de calidad percibida alta.

**Gráfico N° 9:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según dimensión objetiva.



**Gráfico N° 10:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según dimensión subjetiva.



Los gráficos N° 9 y N° 10, representan los puntajes promedios obtenidos en las preguntas relacionadas a calidad objetiva y subjetiva, respectivamente. Con respecto a la calidad objetiva,

el ítem mejor evaluado fue “La apariencia del personal de enfermería ha sido”, con un puntaje promedio de 4,3, lo cual corresponde a la categoría alta. Por otro lado, la pregunta “Las indicaciones para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido” fue la peor evaluada, con un promedio de 3,7, correspondiendo a la categoría media. Cabe destacar que las otras dos preguntas que componen la dimensión calidad objetiva fueron evaluadas con promedios que las categorizan en calidad percibida alta.

El gráfico N° 10 deja en evidencia que los ítems mejor evaluados en la dimensión calidad subjetiva fueron “La disposición del personal de enfermería para ayudarlo cuando lo necesita ha sido”, “La confianza que el personal de enfermería le transmite a usted ha sido”, “La amabilidad del personal de enfermería en el trato hacia usted ha sido” y “La preparación del personal de enfermería para realizar bien el trabajo ha sido”, las que obtuvieron un promedio de 4,4, siendo percibidas como alta. La pregunta peor evaluada obtuvo un promedio de 4,0, siendo “El tiempo de espera para ser atendido por el personal de enfermería cuando usted requiere algo ha sido”. El resto de los ítems obtuvo un puntaje promedio que osciló entre el 4,1 y 4,4, por lo cual la calidad subjetiva es clasificada como alta. En relación a lo expuesto anteriormente, la calidad subjetiva fue mejor evaluada, con un promedio de 4,3, por sobre el 4,1 obtenido por la calidad objetiva.

## **CAPÍTULO 5:**

### **DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

#### **5.1 DISCUSIÓN**

En relación a la dimensión sexo, se puede señalar que en el presente estudio la muestra quedó conformada por más hombres que mujeres, es por esto que se observa una divergencia tanto a nivel nacional como regional, ya que según la proyección para el año 2016 realizada por el INE (50), la población total de adultos medios a nivel país estaría distribuida en un 49,25% de hombres y un 50,75% de mujeres, mientras que a nivel de la región de Valparaíso se estima que el total de adultos medios esté conformado por un 48,26% de hombres y un 51,74% de mujeres.

Por otro lado, esta dimensión de la variable sociodemográfica se ha observado en otros estudios, tales como el de Lenis-Victoria et al. realizado el año 2015 (80) y en algunos ya mencionados como el de Borré y Vega (30) en donde también se evidencia que sus resultados divergen en comparación a los del presente estudio ya que en ambos el porcentaje de mujeres encuestadas fue mayor al de hombres.

Con respecto a la dimensión edad, este estudio converge con la realidad nacional y regional, ya que en el estudio de proyección poblacional del año 2014 realizado por el INE (50) se estimó una media de edad en el rango 40 a 64 años, de 51,1 años a nivel país, mientras que, a nivel regional, ésta correspondió a 51,3 años, siendo ambos valores convergentes con lo obtenido en el presente estudio. Además, éste converge con la muestra obtenida por Barragán y Moreno (29) en uno de los tres hospitales que formaron parte de la investigación, donde la diferencia entre ambas medias corresponde a solamente 3,8 años, siendo la del presente estudio de 55 años.

Con respecto a la dimensión nivel educacional, podemos decir que en relación con la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2013 (81), para el rango etario del presente estudio, los resultados obtenidos en cuanto a la educación básica divergen, presentando una frecuencia relativa de 14,5%. Por otro lado, respecto a la educación media, los resultados convergen, ya que en la realidad nacional encontramos un 30,8% de la población con este nivel, el cual se encuentra un 1,2% por debajo de lo obtenido en el presente estudio. Finalmente,

considerando los niveles extremos, es decir, educación superior y sin educación formal, encontramos una convergencia dada por una diferencia de 5,7% y 4,7% respectivamente.

En comparación con el hospital C del estudio colombiano (29), encontramos que, en el ámbito de población con estudios superiores y educación básica, existe una divergencia dada por un 15,4% y un 10,9% respectivamente por debajo de la realidad pesquisada en este estudio. Se debe destacar que, en cuanto a la educación media completa o bachiller en Colombia, existe una convergencia demostrada por una diferencia mínima de un 0,25%.

Por otra parte, converge con el estudio de Borré y Vega (30) que, a pesar de tener una media de 48,5 años, presenta porcentajes similares de personas sin estudios, sin embargo, diverge con respecto a los estudios superiores.

En Chile, el nivel socioeconómico es medido a partir del ingreso familiar per cápita, lo cual se puede reflejar en el sistema de previsión que cada persona posee, pudiendo ser FONASA o ISAPRE, (35-39) entre otros. En el presente estudio se establece que el 69,7% de la muestra cuenta con gratuidad en el sistema público de salud, siendo ésta parte de la población con un nivel socioeconómico bajo. Cabe destacar que a nivel nacional el 73% de la población es perteneciente a FONASA, de éstos, aproximadamente un 31% son adultos de mediana edad, correspondiendo al 73,9% respecto al total del país (82).

Por otra parte, es inviable converger o divergir estos resultados con otros estudios, tanto a nivel nacional como latinoamericano, debido a la escasez de estudios que incluyan al adulto de mediana edad y la medición del nivel socioeconómico de éstos.

Esta investigación consideró tanto la variable sociodemográfica, como la variable características clínicas, dentro de la que se encuentra la dimensión *tiempo de hospitalización*. Es importante considerar que la percepción es un proceso dinámico y subjetivo, por lo que los días de estadía debiesen influir en su resultado (19). Estos últimos suelen ser medidos al momento del egreso hospitalario, lo que se puede observar tanto en las estadísticas nacionales como en otras investigaciones sobre calidad percibida. En el presente estudio, a diferencia de otros, se aplicó el

instrumento durante la hospitalización y no al alta, lo que hace imposible comparar la información obtenida con otros datos ya existentes.

De acuerdo con Borré Ortiz en su estudio *Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados en institución prestadora de servicios de salud en Barranquilla* (83), en el que consideraron las hospitalizaciones previas, los resultados divergen ampliamente con lo obtenido en la presente investigación, donde el porcentaje de personas que han sido hospitalizadas previamente una vez fue de un 23%, versus el 90% obtenido en el estudio de Borré Ortiz, cuya muestra presentaba características similares a la de esta investigación. Las experiencias previas guardan relación con la teoría de la calidad percibida (5,32,77), ya que debiesen influir en el resultado de la percepción de la calidad del cuidado. Esto es afirmado por Torres-Mora et al. en el año 2010 (84), concluyendo que, al ser la experiencia un aspecto subjetivo, ésta puede ser catalogada como buena o mala, por lo que su influencia en la calidad percibida deberá ser evidenciada a través de estudios cualitativos y correlacionales posteriores.

La calidad percibida es un proceso dinámico, en cuyo resultado inciden aspectos objetivos y subjetivos (30). Con respecto a esta variable, puede ser contrastada con dos de los estudios mencionados con anterioridad. Por un lado, está la investigación realizada por Borré y Vega (30), donde tanto la calidad percibida global, como sus dimensiones, objetiva y subjetiva, fueron calificadas como alta, convergiendo con los resultados de la presente investigación.

Por otro lado, podemos cotejar la presente investigación con la realizada por Barragán y Moreno (29), donde la calidad percibida global fue clasificada como media, divergiendo con lo obtenido en este estudio. Lo mismo ocurre con los resultados de las dimensiones calidad objetiva y subjetiva, los cuales obtuvieron una calificación alta en la presente investigación y en el estudio colombiano, media.

Cabe destacar que en los tres estudios la calidad subjetiva fue mejor evaluada que la objetiva, siendo la amabilidad, preparación y confianza que transmite el profesional de enfermería aquellos ítems con la mayor puntuación asignada por los usuarios. Por otro lado, el tiempo de espera para ser atendido por el profesional correspondió a uno de los ítems con menor puntuación en las tres

investigaciones. En cuanto a la calidad objetiva, la apariencia del personal fue el ítem que recibió la mejor evaluación en los tres estudios.

Por último, en la presente investigación el ítem peor evaluado fue “indicaciones para orientarse”, lo que diverge con los otros dos estudios, en los cuales fue uno de los mejor evaluados.

### **5.1.1 Limitaciones del estudio**

Durante la aplicación del instrumento surgieron una serie de factores que actuaron como limitantes en el proceso investigativo, tanto durante el diseño metodológico, al momento de realizar la encuesta como posteriormente. Entre ellos destacan:

- La falta de experiencia en términos de investigación y metodología por parte de los integrantes del grupo de trabajo, que enlenteció el desarrollo de la misma, debido a ser la primera investigación realizada durante el pre-grado de los autores.
- El hecho de que el instrumento SERVQHOS-E en nuestro país no estuviese validado, obligó a la realización de su validación, lo cual retrasó la investigación tanto por el proceso en sí como por la falta de expertos dispuestos a colaborar con esta.
- Al ser un estudio con participación voluntaria, un cierto porcentaje de los usuarios que cumplían con los criterios de inclusión se negaron a participar por motivos personales, haciendo uso de su voluntariedad.
- El estado de conciencia, grado de desorientación, problemas de comunicación y la incapacidad para firmar el consentimiento informado de una pequeña cantidad de la población que cumplía con los criterios de edad y tiempo de estadía, no permitió incluirlos en la muestra.
- El horario establecido por cada servicio para poder llevar a cabo la aplicación del instrumento fue una limitante, debido a que muchos usuarios eran dados de alta durante la mañana. Además, coincidía con horarios de visita de uno de los servicios, por lo que muchos priorizaban estar con sus cercanos.

- La saturación de los servicios con personas de larga estadía en relación al recurso cama, dificultó el ingreso de nuevos usuarios y por consiguiente disminuyó la población con respecto a las estadísticas del año anterior.
- Gran porcentaje de los usuarios hospitalizados correspondieron a adultos mayores (mayores de 64 años), por ende, no cumplían con el criterio de la edad permitida.
- Existió una cantidad de usuarios inestables con respecto a su estado de salud que, cumpliendo con los criterios, no pudieron ser considerados.
- La presencia de enfermeros/as y técnicos paramédicos en la sala al momento de responder la encuesta, si bien no corresponde en sí a una limitación, pudo haber influido en algunas de las respuestas de los usuarios, además de la notoria incomodidad del encuestado al momento de responder, evitando decir en voz alta la nota de evaluación de cada ítem.

A pesar de estas limitantes que no permitieron abarcar la totalidad de la población en estudio, se pudo completar de manera exitosa la aplicación del instrumento, logrando llegar a una muestra de tamaño considerable.

## 5.2 CONCLUSIONES

El presente estudio destaca por el uso del instrumento SERVQHOS-E, el cual está diseñado para medir la calidad percibida, teniendo en cuenta los aspectos subjetivos y objetivos que la componen. La realización de este estudio demostró la utilidad del instrumento, contando con el sustento teórico necesario para medir los constructos que desea, por lo que los autores se suman a lo dicho por otras investigaciones al destacar el uso del SERVQHOS-E para medir la calidad percibida de la atención de enfermería, a pesar de no estar validado en Chile.

Uno de los aspectos que caracterizó a esta investigación fue su muestra, conformada únicamente por adultos de mediana edad. Este grupo etario generalmente se incluye dentro de la población escogida por diferentes investigaciones nacionales e internacionales de distinta índole, sin embargo, estos no diferencian rango etario, o solamente consideran las edades extremas (adulto mayor y menor de edad). Se vuelve relevante considerar exclusivamente al adulto de mediana edad, ya que, en primer lugar, constituye un gran porcentaje de la población general de Chile, país con tendencia al envejecimiento, lo cual se vio reflejado en la media que presentó la muestra. Por otra parte, esta población se caracteriza por la búsqueda de la productividad hacia la sociedad, de manera de generar un impacto positivo tanto en las generaciones venideras como en aquellas que se encuentran en el fin de la vida. Esto genera mayor conciencia al momento de expresar sus opiniones, además de un pensamiento más crítico basado en sus propias experiencias y en lo que busca generar para los demás. Es por esto que su opinión entrega una visión más cercana a la realidad del funcionamiento de los centros asistenciales en comparación a otros grupos etarios

Respecto al nivel educacional de los usuarios encuestados, un alto porcentaje de éstos contaba con más de 4 años de estudios. Considerando el promedio de edad, esto podría estar relacionado con la Ley general de instrucción primaria, instaurada en 1920, la que obliga a los niños chilenos a cursar como mínimo 4 años de educación, reduciendo así el analfabetismo en la población (85). En el actual contexto nacional, el aumento de la cesantía ha llevado a un aumento en la exigencia laboral, por lo cual trabajadores deben adquirir nuevos conocimientos técnicos y

aptitudes para cargos laborales, por lo cual deben perfeccionarse. Sin embargo, sólo un 22% de la población encuestada tiene estudios técnicos superiores, lo que se puede asociar a la falta de oportunidades de acceso y financiamiento que predominaba en la década de los 70 y 80 (85), lo que podemos contrastar con el actual sistema educacional, donde el acceso a la educación superior se ve favorecido por una cantidad considerable de becas y créditos, que responden en cierta parte a las demandas de la población. Ahora bien, un mayor nivel educacional, influenciará en que estos tengan una visión más crítica sobre la calidad de la atención de enfermería, así mismo, un menor nivel educacional, podría asociarse a un bajo conocimiento tanto general como específico de la medicina y del cuidado de enfermería, por ende, generar menores cuestionamientos ante estos.

Respecto al nivel socioeconómico, se observa que más del 50% de la muestra pertenece a los tramos más vulnerables de nuestro país, obteniendo prestaciones de salud gratuitas, en donde además se considera al PRAIS, dejando en manifiesto que aún se mantienen vigentes las garantías y beneficios establecidos a las personas afectadas por el gobierno militar chileno. Así mismo, la mayoría de las personas que se atienden en centros de prestaciones de salud pública pertenecen al sistema de previsión FONASA, esto podría explicarse debido a que, en primer lugar, dicho sistema previsional favorece las atenciones en centros de salud pertenecientes a la red asistencial pública, siendo éstos los que principalmente son concurridos por las personas que se atienden a través de este sistema previsional. Además, los sistemas de previsión privados en general, presentan flujogramas en donde se evidencian convenios exclusivos de atención de salud sólo en centros privados (86). Finalmente, los altos copagos para acceder al sistema privado, tanto de previsión de salud, como a los centros prestadores por parte de las personas con sistema FONASA C y D, significa un acceso y atención desigual y segmentada para la población chilena, favoreciendo la inequidad en la atención y las oportunidades que presenta cada persona para mantener un estado de salud óptimo.

Gran parte de los adultos encuestados se mantenían cursando su primera hospitalización, lo cual determina que solo tenían una percepción sobre el sistema de salud público basada exclusivamente en expectativas, las cuales, según encuestas realizadas a la población, son

mayormente negativas (87). Esto, genera que la población en general tenga expectativas más bien bajas sobre la atención en salud pública, lo cual pudo haber favorecido un proceso de desconfirmación positiva.

Por otro lado, en cuanto al tiempo de hospitalización, éste fue considerado al momento de la aplicación del cuestionario SERVQHOS-E, teniendo como objetivo principal que la persona atendida pudiera emitir un juicio vivenciando más de un turno del personal de enfermería, realizando una comparación entre los profesionales, lo que finalmente generó una percepción general de la calidad de los cuidados de enfermería recibidos en los servicios del hospital de alta complejidad utilizados.

En relación a la calidad percibida, la dimensión calidad objetiva tuvo una evaluación más baja que la dimensión subjetiva. La calidad objetiva evalúa aspectos que muchas veces no dependen del desempeño del profesional de enfermería, como son el estado de los equipos utilizados, de las habitaciones del hospital, entre otros. El hecho de que estas condiciones no sean óptimas, podría deberse al bajo porcentaje del producto interno bruto (PIB) que el país destina a la salud pública, siendo este de un 7,8% el 2014 (88), lo que se encuentra por debajo del promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), siendo éste de 9,3% (83).

Es importante destacar el hecho de que en el presente estudio los ítems de la dimensión subjetiva que menor evaluación obtuvieron fueron los relacionados con el tiempo de espera para ser atendido y el relacionado con la rapidez en la atención, lo que se podría ligar a una sobrecarga de trabajo para el profesional de enfermería. La OCDE en su estudio del 2014 expone que la tasa de profesionales enfermeras/os recomendada es de 8,8 por cada 1000 habitantes, lo cual contrasta con el 4,2 evidenciado en nuestro país en el año 2012 (89). En los servicios encuestados existen 8 – 9 Técnicos paramédicos y 2 enfermeras en turno para 14 salas con 80 pacientes en total, aproximadamente. Esta insuficiencia de personal en comparación a lo sugerido, dificulta a los profesionales otorgar una atención óptima y a tiempo a la totalidad de los usuarios, lo cual condiciona las evaluaciones descritas anteriormente.

Por otro lado, los puntajes más altos se obtuvieron en los ítems relacionados con disposición, amabilidad y confianza que transmite el profesional. Es relevante ahondar en lo anterior, ya que, a pesar de lo expuesto acerca de la carga laboral, las personas atendidas consideran que los profesionales de enfermería presentan una buena disposición y amabilidad para con los usuarios, lo cual es de gran importancia dada la crisis paranormativa que cursa una persona hospitalizada. Al mantener las habilidades blandas, se está ayudando a tener una mejor estadía, más acogedora y, como resultado final, una mejor percepción de la calidad de la atención de enfermería. El hecho de que la calidad percibida en su totalidad haya sido percibida como alta, puede significar que los adultos de mediana edad, gracias a las características propias de su etapa, comprenden las dificultades a las cuales se enfrentan los profesionales de enfermería que no dependen de su gestión y desempeño, valorando su función dentro de la atención en salud. Además, se debe considerar que las características sociodemográficas y clínicas presentadas por los usuarios que compusieron la muestra, determinan que las respuestas otorgadas están más cercanas a la realidad de los servicios encuestados, lo cual significará que los cambios que se pudiesen hacer a partir de las evaluaciones realizadas producirían un impacto real y positivo.

Finalmente, se reafirma la importancia de medir la calidad percibida a partir de la atención de enfermería, ya que parte esencial de la experiencia hospitalaria se basa en las acciones realizadas por este equipo. Es por esto se deben realizar evaluaciones constantes, a través de las cuales, como se nombró anteriormente, se logra evidenciar las problemáticas presentes en los servicios, lo cual permitirá la realización de acciones posteriores orientadas a la mejora continua de los cuidados otorgados, y así la calidad de la atención, contribuyendo a cumplir con los objetivos sanitarios planteados para la presente década.

### **5.3 SUGERENCIAS**

Primeramente, es relevante realizar la validación del cuestionario SERVQHOS-E en Chile, debido a las características que posee para la medición de la calidad, lo cual permitirá su utilización en futuras investigaciones, tanto pregrado como postgrado. A partir de esto, sería interesante utilizar el cuestionario SERVQHOS-E en investigaciones que consideren otros grupos etarios para poder evidenciar y comparar el comportamiento de la calidad percibida de la atención de enfermería.

Teniendo en cuenta la metodología empleada en la presente investigación, no fue posible realizar una relación entre las variables utilizadas, por lo que se recomienda hacer estudios de tipo correlacional, a modo de establecer asociaciones que permitan definir cómo se comporta la calidad percibida según características sociodemográficas y características clínicas en la población a estudiar. Por otra parte, una investigación cualitativa permitirá evidenciar de manera más profunda y clara las causas que influyen en la percepción de la calidad por parte de las personas atendidas, por lo que sería relevante llevar cabo estudios utilizando esta metodología.

Además, sería recomendable ahondar en la búsqueda de los factores que influyeron en las calificaciones de los ítems peores evaluados, en este caso, aquellos que se relacionan con el tiempo de espera, la rapidez para ser atendido, entre otros, de esta manera se puede contribuir a futuras mejoras, que beneficien a las personas atendidas en los diversos centros de salud.

Al igual que otras investigaciones similares (29), sería interesante plantear una metodología de tipo longitudinal, con el objetivo de contrastar el comportamiento de la variable principal (calidad percibida) en el mismo establecimiento, posterior a la implementación de cambios en el proceso, orientadas a la mejora de aquellos ítems peor calificados en la primera evaluación.

Por otro lado, la presente investigación fue realizada en un hospital perteneciente a la red asistencial pública por lo que sería de gran relevancia llevar a cabo investigaciones que apliquen el cuestionario SERVQHOS-E en el sector privado de salud, para poder evidenciar similitudes y diferencias respecto a las dimensiones objetiva y subjetiva.

Finalmente, es importante continuar realizando evaluaciones de la calidad a nivel del profesional de enfermería, desde la perspectiva del usuario, ya que son ellos el centro de la atención en salud, por lo que su juicio es de gran impacto para generar futuras modificaciones, procurando el mejoramiento continuo de las atenciones, de forma de poder entregar cuidados y prestaciones de salud integrales, que den siempre cumplimientos a los objetivos y políticas sanitarias presentes en Chile.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salazar I. Diseño de un Sistema de Gestión de la Calidad Total en el ámbito deportivo. Modelo MEXD de Excelencia Deportiva. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Valencia; 2015.
2. Juran J M. Juran y la Planificación de la Calidad. Madrid (ES): Editorial Diaz de Santos; 1990. p 299.
3. Organización Internacional de Normalización. ISO 9000:2015, Sistemas de Gestión de la Calidad - Fundamentos y vocabulario. Ginebra, Suiza. 2015.
4. Brito P, Clasen MA, De Otero EC. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. En: Haddad J, Clasen MA, Davini MC. editores Educación permanente de personal de salud . Washington DC. OPS. 1994. P: 33-61.
5. Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality. J Retailing. 1988; 64 (1): 12 - 40.
6. Suñol R. Reflexiones sobre calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16 (79).
7. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina Preventiva. 1998; 4.
8. World Health Organization (WHO). A WHO Framework for Health System Performance Assessment. Murray C, Frenk J. 2000.
9. Superintendencia de Salud. Evaluación de la Reforma de Salud y Situación del Sistema Isapres. Diseño Metodológico y Definición de Líneas Basales. Chile; 2007.
10. Infante A, Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. Rev Panam Salud Pública. 2000; 8(1/2).

11. Subsecretaría de redes asistenciales. Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios. Chile; 2015.
12. Milos P, Bórquez B, Larraín A. La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. Cienc. enferm. [Internet]. 2010. [Acceso 15 nov 2016]; 16 (1). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000100003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100003)
13. Correa P. Las colombianas, entre las más buscadas: Enfermeras en plan de fuga. El Espectador.com [Internet]. 2008 [Acceso 12 nov 2015]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/impreso/articuloimpreso84749-enfermeras-plan-de-fuga>
14. Figueiredo B, Couto H, Menezes M, Alves M. La enfermería en hospital en proceso de acreditación: su papel y las consecuencias en el trabajo diario. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2012. [Acceso 16 nov 2016]; 20 (1). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_20.pdf)
15. A. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet]. 2014. [Acceso 16 nov 2016]; 22 (3). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es\\_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf)
16. B. Ramírez C., Perdomo A., Galán E. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Av.enferm. 2013; 31 (1): 42-51.
17. Barragán J, Manrique F. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Bocayá, Colombia. Av. Enferm. 2010; 18 (2): 48-61.
18. Font Dufoir, Legra, Torres, Buduen, Sánchez. Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en pacientes oncológicos tratados con quimioterapia. MEDISAN [Internet]. 2014 [Acceso 27 nov 2016]; 18(11): 1560-1566. Disponible en

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014001100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014001100011&lng=es)

19. Borré Y, Lenis C, González G. Utilidad del cuestionario SERVQHOS-E para medir calidad percibida de la atención de enfermería. CES Salud Pública. 2014; 5 (2):127-136.
20. Rojas W, Barajas M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de urgencias. Dialnet. [Internet]. 2012. [Acceso 01 nov 2015]; 9 (1). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986732>
21. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av Enferm. [Internet]. 2010. [Acceso 31 Oct 2015]; 28 (2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n2/v28n2a09>
22. Reyes C. Contexto de las reformas de salud en América. En: Caballero E, Becerra R, Hullin C, Proceso de Enfermería e Informática. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2010. P17-24.
23. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, D.C. 1997.
24. Yesilada F, Direktör E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. Afr. J. Bus. Manage. 2010; 4 (6): 962-971.
25. Cabello E, Chirinos J. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered [Internet]. 2012. [Acceso 16 dic 2016]; 23 (2): 88-95. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2012000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003&lng=es&nrm=iso)
26. Ramez W. Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain. Int. j. bus. manag. soc. res. 2012; 3 (18)

27. García-Aparicio J, Herrero-Herrero J, Corral-Gudino L, Jorge-Sánchez R. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Rev Calidad Asistencial*. 2010; 25 (2): 95 – 105.
28. Durán E, Cuervo MP, Echeverri S. Desarrollo de la Enfermería en Colombia. *Acto de reconocimiento. Actual. enferm.* 2004; 7(1): 26-31.
29. Barragán J, Moreno M. Claudia María. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 [Acceso 30 oct 2015]; 12(29): 217-230. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013001100111](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013001100111)
30. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida por la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*. 2014; 20 (3): 81-94.
31. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Modifica el D.L. N° 2.763. Ley N° 19.937, de Autoridad Sanitaria. Valparaíso (CHI); Feb 2004.
32. Comisión económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile; 2015.
33. Superintendencia de Salud. Sistema de Gestión de Calidad: Manual de Calidad. Superintendencia de Salud. Chile; 2013.
34. Superintendencia de Salud. Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud: Visión de la Superintendencia de Salud. Chile; 2013.
35. Colegio Médico del Perú (CMP). Indicadores de Calidad [Internet]. CMP; 2016 [Actualizado Jul 2016, acceso 29 Jul 2016]. Disponible en: <http://cmp.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/GTIndicadoresCalidad/ComoHacerIndicadoresCalidadSalud.pdf>

36. Chile Atiende. ¿Qué significa estar en FONASA? [Internet]. Chile Atiende; 2016 [Actualizado Mar 2016, acceso 20 May 2016]. Disponible en: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/37853>
37. Superintendencia de Salud pública. Acerca de la superintendencia [Internet]. Superintendencia de Salud pública; [acceso 20 May 2016]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/568/w3-article-563.html>
38. Superintendencia de Salud. ¿Cómo se clasifican los beneficiarios de Fonasa según su tramo? [Internet]. Superintendencia de Salud; 2016 [Actualizado Ago 2016, acceso 20 May 2016]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/570/w3-article-6304.html>
39. Fondo Nacional de Salud (FONASA). Tramos y Copagos [Internet]. FONASA; [acceso 20 May 2016]. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>
40. Subsecretaría de previsión social. ¿Qué derechos tengo en salud? [Internet]. Subsecretaría de previsión social; 2014 [Actualizado 2014, Acceso 20 May 2016] Disponible en: <https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/personas/soy-trabajador/que-derechos-tengo-en-salud/>
41. CAPREDENA. Institución. [Internet]. Ministerio de Defensa Nacional. [Acceso 21 Oct 2016]. Disponible en: <http://www.capredena.gob.cl/informacion-institucional/institucion>
42. Ministerio de Salud (MINSAL). ¿Qué es el programa de reparación y atención integral en salud y derechos humanos? Santiago de Chile; 2015
43. Jélvez A, Riquelme J, Gómez N. Evaluación de la Calidad de Servicio en Centro De Salud Familiar en Chile. Horizontes Empresariales. 2010; 9 (2).

44. Superintendencia de Salud: Departamento de Estudios y Desarrollo. Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores. Chile; 2013
45. Superintendencia de Salud. Criteria Research. Estudio de Opinión y Satisfacción de Usuarios. Santiago de Chile: Criteria Research; 2012.
46. Superintendencia de Salud. Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud, Reforma y Posicionamiento de la Superintendencia de salud. Santiago de Chile: Datavoz; 2015.
47. Álvarez I, Manríquez N. Medición de la satisfacción usuaria, a las personas beneficiarias del sistema de salud público, del centro de salud familiar Carmela Carvajal, de la comuna de Puerto Montt. Universidad de Chile [Internet] 2007. [Último acceso 19 nov 2015] Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/bpmfea473m/doc/bpmfea473m.pdf>
48. Abguillerm C. Creación de una escala de medición de la satisfacción en los centros de atención secundaria. Universidad Austral de Chile. [Internet] 2008. [Último acceso 19 nov 2015] Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2007/abguillerm\\_c/sources/abguillerm\\_c.pdf](http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2007/abguillerm_c/sources/abguillerm_c.pdf)
49. Superintendencia de Salud: Departamento de Estudios y Desarrollo. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud. Santiago de Chile; 2010.
50. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). País y regiones total: Actualización población 2002-2012 y proyecciones 2013-2020. Santiago de Chile; 2014.
51. Hospital Carlos Van Buren. Departamento de Estadísticas. Valparaíso. 2016.
52. Orden N° 2185, Departamento de Estadísticas, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Noviembre 2016

53. Hospital Carlos Van Buren. Informe cuenta pública participativa 2015 Hospital Carlos Van Buren; Valparaíso. 2015
54. Perez M, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud. Cuad Méd Soc. 2013; 53(4): 233-240.
55. Quezada C, Muñoz D, Cueto A, Barraza A. Reforma de Salud en Chile: Evaluación Garantía Explícita en Salud Oral en Población de 60 Años. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2013. [Acceso 04 ene 2017]; 7(2). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-381X2013000200024&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200024&lng=es).
56. Landman C, Cruz M, García E, Pérez P, Sandoval P, Serey K, et al. Satisfacción Usuaria Respecto a Competencia de Comunicación del Profesional de Enfermería. Cienc. enferm. 2015; 21(1): 91-102.
57. Asociación de Academias de La Lengua Española (ASALE). Diccionario de La Lengua Española. 23° ed. España: Real Academia Española; 2014. 2432 p.
58. Donabedian A, Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992; p. 20
59. Coronado-Zarco R, Cruz-Medina E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013; 25(1): 26-33.
60. Instituto Latinoamericano de la comunidad educativa (ILCE). Biblioteca Digital: *Satisfaré/Satisfaceré* [Internet]. ILCE; 2000 [Actualizado mar 2002; Acceso oct 2015] Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/fondo2000/vol1/algunas-minucias/html/24.html>
61. Oliver R. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. J. Mark. Res. 1980; 17 (4): p.460-469

62. Zeithaml V. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *J Marketing*. Jul 1988; 52 (3): 2-22.
63. M: Aravena L Pedro, Inostroza P Manuel. ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2015; 143 (2): 244-251.
64. Serrano A, López MC. Modelos de la gestión de la calidad de servicio: Revisión y propuesta de integración con la estrategia empresarial. *Dialnet [Internet]*. 2007 [Acceso 21 Nov 2015]; 4(2). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2480844>
65. Matsumoto Nishizawa R. Desarrollo del modelo SERVQUAL para la medición de la calidad del servicio en la empresa de publicidad ayuda Experto. *Perspectivas*. 2014; 34: 181 – 209.
66. Medianera N, Casarotto N, Pentiado L. Medición de la calidad percibida en organización de servicio: utilizando o Índice de Potencial de Aumento de la Satisfacción del Consumidor (PASC) y Modelo dos 5 GAPS. *Sistemas & Gestão*. [Internet]. 2010. [Acceso 3 ene 2017]; 5 (1). Disponible en: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/viewFile/V5N1A2/V5N1A2>
67. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al .Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18 (5): 263-71
68. Forero E. Roles de enfermería en los programas de trasplante de Colombia. [Tesis de Magister]. Colombia: Universidad nacional de Colombia; 2012.
69. Chávez C. Hernández L. Pérez L. Román S. Evaluación de los componentes de estructura-proceso-resultado del profesional de enfermería desde la perspectiva de Irvine y Sidani en mujeres que asisten al control prenatal en instituciones de I nivel la ciudad de Cartagena de indias en el I periodo del 2011. [Tesis de grado]. Colombia: Corporación universitaria Rafael Núñez, Facultad de ciencias de la salud; 2011

70. Bejarano D. Comunicación y Coordinación en el rol interdependiente de enfermería en una IPS con servicios de alta complejidad de Bogotá. [Tesis de Magister]. Colombia: Dirección Nacional de Bibliotecas; 2015.
71. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Decreto de Fuerza de Ley N° 725, del Código Sanitario. Santiago (CHI); Dic 1967.
72. Erikson E, Erikson J. En: Major Stages in Psychosocial Development. The Life Cycle Completed (Extended Version). U.S.A: W. W Norton & Company; 1998. p 55 - 82.
73. Instituto Superior de Formación Docente y Técnico. Adulto intermedio o Adulthood media [Internet]. 2013 [Actualizado Julio 2016; Acceso 25 Julio 2016]. Disponible en:<http://www.ucn.edu.co/virtualmente/escuela-familia/Documents/Documentos/2013/octubre/SintesisAdultoIntermedio.pdf>
74. Santiñá, M, Et al. Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. Rev Calidad Asistencial. 2004; 19 (4): 238-42.
75. Lagonell M. Variables sociodemográficas según turno escolar, en un grupo de estudiantes de educación básica: un estudio comparativo. Rev de Pedagogía. 2012; 33 (92): 235-269.
76. Torres J, Perera V. Cálculo de la fiabilidad y concordancia entre codificadores de un sistema de categorías para el estudio del foro online en E-Learning. RIE. 2009; 27(1): 83-109.
77. Mokkink L, Terwee C, Patrick D, Alonso J, Stratford P, Knol D, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. QualLife Res 2010; 19 (4): 539-549.
78. George D, Mallery P. SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 4ta ed. Boston (USA): Allyn & Bacon; 2003. p. 231

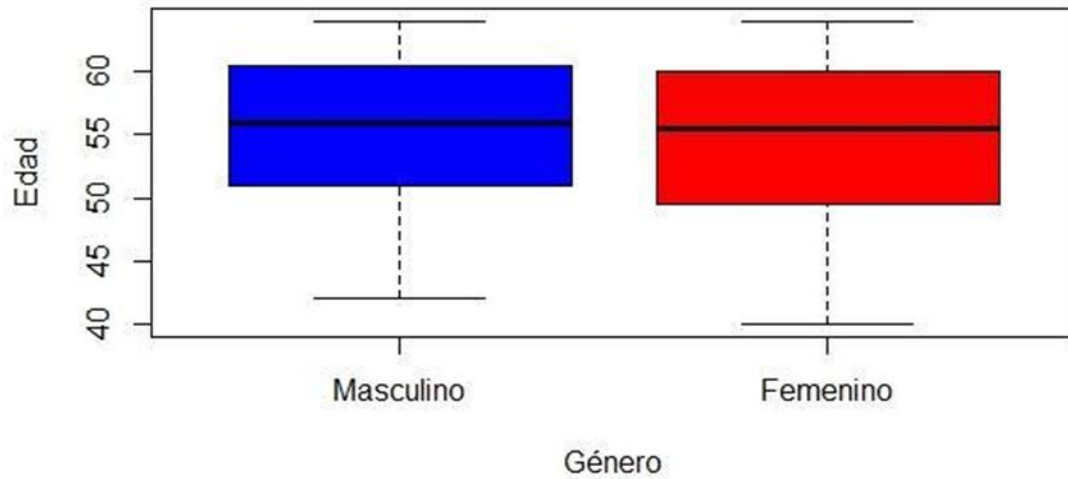
79. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report [Internet]. Office for Human Research Protections (HHS); 1979 [Actualizado Mar 2016; Acceso 10 Abr 2016] Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/index.html>
80. Manrique-Abril F G, Lenis-Victoria C A, Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. Revista Aquichan. 2015. [Acceso 30 oct 2016]; 15(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74141027009>.
81. Ministerio de Desarrollo Social (MDS). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). Santiago de Chile; 2015.
82. Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuenta pública participativa FONASA 2015. Santiago de Chile; 2016.
83. Borré Y. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla [Tesis de Magister]. Colombia: Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar; 2013.
84. Torres-Mora C, Rivas-Espinoza J. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno proporcionado por una enfermera-un enfermero. Rev mex enfer cardiol. 2010; 18: 60 - 64.
85. Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) Evaluación Histórica del Sistema Educativo. Chile; 1993
86. Cid C, Herrera C, Prieto L. FONASA Desempeño hospitalario en un sistema de salud segmentado y desigual: Chile 2001-2010. Salud Públ Méx. 2016; 58 (5): 553-560.
87. Fundación piensa (FP). Calidad de vida en la región de Valparaíso [Internet]. FP; 2016 [Actualizado Dic 2016; Acceso 6 Dic 2016]. Disponible en:

<http://www.fundacionpiensa.cl/sitio/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Encuesta-Calidad-de-Vida-Pensa-18-2016.pdf>

88. The World Bank. World Development Indicators: Health systems. [Internet] The World Bank. 2014 [Actualizado Ene 2017; Acceso 22 Nov 2016] Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/2.15#>
89. Organización para la cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 Chile en comparación. [Internet].OCDE. [Acceso 22 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf> [Acceso 22 Nov 2016].

## ANEXOS

**Gráfico N° 11:** Adultos de mediana edad hospitalizados en los servicios de BCM y MCM, según edad y género.



En el gráfico N° 11 podemos apreciar que la distribución de las edades es similar, por lo que no se observan diferencias entre las medianas de las edades por género, observando una mayor dispersión en el 25% inferior de ambos géneros. El 50% de las edades de los encuestados de género masculino es de a lo más 56 años, y el 50% de las edades de los encuestados de género femenino es de a lo más 55,5 años.

Tunja, 15 de febrero de 2016

Señores:  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO DE CHILE

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito certificar que concedo permiso para el uso del Instrumento SERVQHOS –E para ser utilizado en la investigación: Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos medios hospitalizados, que dirige la docente Paulina Hurtado Arenas y los estudiantes relacionados a continuación:

Gabriel Arias Cortés  
Daniel Cabrera Baquedano  
Luis Cornejo Mena  
Javiera González Ayala  
Danilo Roa Saavedra

María José Bombal San Martín  
Macarena Concha Ramírez  
Valentina Deramond Quiroz  
Daniela Maureira Cancino  
Rafael Vilches Sánchez

Actividades a efectuar:

Aplicación de la prueba piloto del instrumento de recolección de datos de la investigación en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Quirúrgica.  
Aplicación del instrumento de recolección de datos de la investigación en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica. Establecimiento: Hospital Carlos Van Buren, Valparaiso, Chile

Estaré atento a las solicitudes que requieran.

Cordialmente,



JULIÁN ANDRÉS BARRAGÁN B.  
Enfermero, Mgs en Enfermería  
Docente Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia  
Investigador Grupo Gestión y Calidad en Enfermería

Barranquilla, Marzo 16 de 2016

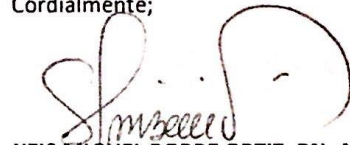
Estimada  
**DANIELA MAUREIRA CANCINO**  
Estudiante de Enfermería  
Universidad de Valparaíso  
Chile

**Ref.: Permiso para utilización del Instrumento SERVQHOS-E versión modificada**

Por medio de la presente se autoriza el uso del instrumento **SERVQHOS-E modificado**, el cual es una versión validada facialmente del **SERVQHOS-E original** validado en Boyacá – Colombia por Julián Barragán y Fred Manrique, y cuya publicación se encuentra en la Revista Iberoamericana Ciencia y Enfermería y Revista CES Salud Pública del año 2014; con el fin de utilizarlo en la recolección de información del trabajo de investigación titulado **“CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR ADULTOS MEDIOS HOSPITALIZADOS”**, dirigido por la Dra. Paulina Hurtado Arenas.

Es importante resaltar que se deben dar los créditos y méritos de citación respectiva, a los autores de ambas versiones como medida ética dentro del proceso de investigación.

Cordialmente;



**YEIS MIGUEL BORRE ORTIZ. RN. APN. MSc**  
Profesor Asociado e Investigador  
Universidad Libre de Barranquilla  
Universidad Metropolitana



www.uptc.edu.co



Tunja, 20 de mayo de 2016

Estudiante:  
JAVIERA GONZÁLEZ AYALA Y OTROS  
Enfermería  
Universidad de Valparaíso Casa Central.  
Chile

Respetado grupo de investigación:

Por medio de la presente me permito informar que se conceden los permisos necesarios para realizar los ajustes que requiera el instrumento SERVQHOS E, por parte del grupo de investigación de Enfermería de la Universidad de Valparaíso Chile.

Lo anterior dado que los procesos de validación del instrumento dependen de los resultados de las pruebas y de los contextos en los que se maneje.

Cordial saludo.

JULIAN ANDRÉS BARRAGÁN BECERRA  
Director Grupo de Investigación Gestión y Calidad en Enfermería  
Universidad Pedagógica y tecnológica de Colombia



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL  
DE ALTA CALIDAD  
MULTICAMPUS  
RESOLUCIÓN 3510 DE 2015 MEN



Avenida Central del Norte  
PBX 7405628 Tunja

## SERVQHOS - E: ENCUESTA SOBRE CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCION DE ENFERMERIA

Adaptación para Chile: Gabriel Arias C. – María José Bombal SM. – Daniel Cabrera B. – Macarena Concha R. – Luis Cornejo M. – Valentina Deramond Q. – Javiera González A. – Daniela Maureira C. – Danilo Roa S. – Rafael Vilches S.

Original: José J. Mira Solves, Jesús M<sup>a</sup> Aranaz Andrés, Jose A. Buil Aina, Julián Vitaller y Jesús Rodríguez Marín

Basándose en su experiencia señale si la calidad de la atención de enfermería que le ha proporcionado el hospital ha sido mejor o peor de lo que esperaba. Si cree por ejemplo, que ha sido MUCHO PEOR de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 1. Si ha sido MUCHO MEJOR de lo que esperaba, ponga una X en la casilla 5 y así sucesivamente.

Clave respuesta	La calidad de la atención de enfermería ha sido:				
	Mucho peor de lo que esperaba 1	Peor de lo que esperaba 2	Como me lo esperaba 3	Mejor de lo que me esperaba 4	Mucho mejor de lo que me esperaba 5

En el Hospital:					
1. Los equipos que utiliza el personal de enfermería para hacer su trabajo ha sido	1	2	3	4	5
2. La apariencia (presentación personal) del personal de enfermería ha sido	1	2	3	4	5
3. Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber a dónde dirigirse en los servicios del hospital ha sido	1	2	3	4	5
4. El interés del personal de enfermería por cumplir lo que le promete ha sido	1	2	3	4	5
5. El estado en el que están las salas del hospital (aparición y comodidad) ha sido	1	2	3	4	5
6. La información que el personal de enfermería le proporciona ha sido	1	2	3	4	5
7. El tiempo de espera para ser atendido por el personal de enfermería cuando usted requiere algo ha sido	1	2	3	4	5
8. El interés del personal de enfermería por solucionar sus problemas ha sido	1	2	3	4	5
9. La puntualidad del personal de enfermería en atenderlo ha sido	1	2	3	4	5
10. La rapidez con que consigue lo que necesita o pide al personal de enfermería ha sido	1	2	3	4	5
11. La disposición del personal de enfermería para ayudarlo cuando lo necesita ha sido	1	2	3	4	5
12. La confianza (seguridad) que el personal de enfermería le transmite a usted ha sido	1	2	3	4	5
13. La amabilidad (cortesía) del personal de enfermería en el trato hacia usted ha sido	1	2	3	4	5
14. La preparación del personal de enfermería para realizar bien el trabajo ha sido	1	2	3	4	5
15. El trato personalizado que el personal de enfermería le entrega a usted ha sido	1	2	3	4	5
16. La capacidad del personal de enfermería para comprender sus necesidades ha sido	1	2	3	4	5

Marque con una X en la casilla que mejor refleje su atención:

Indique su nivel de **satisfacción global** con la atención de enfermería que ha recibido durante su permanencia en el hospital:

Nada Satisfecho  Poco Satisfecho  Satisfecho  Muy Satisfecho

¿**Recomendaría** este hospital por la atención que brinda la/el enfermera/o?

Nunca  Tengo dudas  Sin dudarlo

¿Le han practicado las/los enfermeras/os pruebas y procedimientos **sin su permiso**?

No  Algunas veces  Si

A su juicio ha estado hospitalizado:

Más de lo necesario  El tiempo necesario  Menos de lo necesario

¿Conoce el **nombre** de el/la enfermero/a que lo atendía en cada turno?

El **ingreso** al hospital se produjo:

Programado  Por Urgencias  Por Remisión

Número de veces que ha estado **hospitalizado en este recinto** en los últimos 5 años:

---

**Días de hospitalización:** \_\_\_\_\_

Edad:

**Estado Civil:** Soltero/a  Viudo/a  Unión libre

Casado/a  Separado/a

**Indique si es:** Hombre  Mujer

**Estudios terminados:** Sin estudios  E. Básica  E. Media  Técnico  Universitario

**Nivel socioeconómico o estrato:** Fonasa A B C D  
Isapre

**Actualmente usted está:** Pensionado  Desempleado  Empleado  Hogar  Estudiante  Trabajador independiente



Valparaíso, 28 de marzo de 2016

**Paulina Hurtado Arenas**  
Profesor Adjunto  
Guía de Tesis de Pregrado  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso  
PRESENTE

---

De mi consideración:

Luego de revisar el instrumento SERVQHOS – E: ENCUESTA SOBRE CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA, puedo señalar que existe adecuación lingüística con respecto al destinatario y a la situación en la que se pretende aplicar. Esto significa que los aspectos léxicos y sintácticos del instrumento se adecuan a la norma aceptada por nuestra comunidad lingüística.

---

**Nicolás Fuster Sánchez**  
Doctor en Ciencias Sociales y de la Comunicación  
Profesor Titular Escuela de Enfermería  
Universidad de Valparaíso

Valparaíso, 15 de Marzo de 2016

**Rodrigo Vergara Fisher**  
**Presidente Comité Ético Científico**  
**Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio**  
**Presente**


---

De mi consideración:

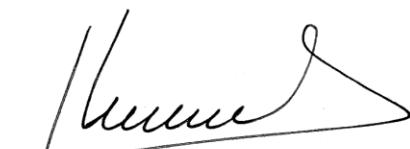
Junto con saludarle y en virtud de estudio de investigación *“Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos medios hospitalizados”* en el marco de la asignatura Seminario de Tesis, proyecto que conduce a la licenciatura de Enfermería de estudiantes de cuarto año de la Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso.

Vengo a señalar que dicho estudio es de alto interés y beneficio tanto para la Unidad de Gestión de Cuidado: Mediana Complejidad Médica, como para el Hospital Carlos Van Buren.

Agradeciendo la acogida de la presente, le saluda cordialmente a usted.

  
**Ivonne Otey Correa**  
**Enfermera Supervisora**  
**Unidad Mediana Complejidad Médica**  
**Hospital Carlos Van Buren**



  
**Dr. Juan Eurolo Montecinos**  
**Medico Jefe**  
**Unidad Mediana Complejidad Médica**  
**Hospital Carlos Van Buren**



Valparaíso, 15 de Marzo de 2016

**Rodrigo Vergara Fisher**  
**Presidente Comité Ético Científico**  
**Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio**  
**Presente**

De mi consideración:

Junto con saludarle y en virtud de estudio de investigación *“Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos medios hospitalizados”* en el marco de la asignatura Seminario de Tesis, proyecto que conduce a la licenciatura de Enfermería de estudiantes de cuarto año de la Escuela de Enfermería Universidad de Valparaíso.

Vengo a señalar que dicho estudio es de alto interés y beneficio tanto para la Unidad de Gestión de Cuidado: Baja Complejidad Médica, como para el Hospital Carlos Van Buren.

Agradeciendo la acogida de la presente, le saluda cordialmente a usted.



**Miguel Moraga Arancibia**  
**Enfermero Supervisor**  
**Unidad Baja Complejidad Médica**  
**Hospital Carlos Van Buren**

**Dra. Mónica Carvajal Muñoz**  
**Médico Jefe de Servicio Medicina**  
**RUT: 7.172.209-0**  
**Hospital Carlos Van Buren**

**Dra. Mónica Carvajal Muñoz**  
**Médico Jefe**  
**Unidad Baja Complejidad Médica**  
**Hospital Carlos Van Buren**

04 MAY 2016



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



### Para participantes en estudio de investigación

Le invitamos a participar voluntariamente en un estudio de investigación titulado: “**Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos medios hospitalizados**”, tesis de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, dirigida por la docente guía, la Enfermera Universitaria Paulina Hurtado y desarrollada por los alumnos tesistas: Gabriel Arias, María José Bombal, Daniel Cabrera, Macarena Concha, Luis Cornejo, Valentina Deramond, Javiera González, Daniela Maureira, Danilo Roa y Rafael Vilches.

Usted ha sido invitado porque tiene entre 40 y 64 años y encontrarse hospitalizado por más de dos días (48 horas), en el servicio de baja o mediana complejidad médica del Hospital Carlos Van Buren. Antes de tomar una decisión informada acerca de su participación, le entregaremos la información necesaria del estudio a realizar y así poder responder todas las consultas que se le puedan presentar.

### INFORMACIÓN

#### **Propósito del estudio:**

Recoger información para determinar la calidad percibida de los adultos medios (entre 40 a 64 años) sobre los cuidados de enfermería recibidos en un centro de alta complejidad en la Región de Valparaíso.

#### **Procedimientos:**

Si está de acuerdo en participar, previamente deberá firmar este documento de consentimiento informado. Luego se solicitará que Ud. conteste una encuesta o cuestionario. El tiempo que se espera que demore en responder todas las preguntas es de aproximadamente 15 a 20 minutos y ante cualquier duda que tenga, siempre estará cerca y disponible el alumno encargado del estudio para ayudarle.

#### **Confidencialidad:**

Puede estar seguro que su participación en este estudio será anónima, confidencial, cumpliendo con la normativa legal vigente en Chile para la investigación. En este proceso ninguna información suya lo identificará directamente. Sólo los investigadores podrán tener acceso a la información que usted proporcione. Para esto, se separará el formulario de consentimiento informado de su respectiva encuesta, para asegurar que la información personal no pueda asociarse a su nombre.

Versión 4 de mayo 2016

04 MAY 2016



Las versiones electrónicas de la información serán protegidas por el equipo investigador usando códigos o contraseñas para su acceso.

**Riesgos:**

No se tiene previsto ningún riesgo al participar en este estudio, pero en caso de que experimente incomodidad con alguna(s) pregunta(s) del cuestionario, o si siente que necesita ayuda, puede informar al investigador que se encontrará cerca de usted.

**Beneficios:**

No existen beneficios directos por su participación, pero indirectamente se espera que esa información servirá para que más adelante se puedan tomar medidas para mejorar la calidad del servicio prestado. Con su participación estará, contribuyendo al desarrollo de conocimientos y posible mejora respecto a la disciplina de enfermería.

**Costos o pagos:**

Se le hace saber que no habrá beneficios económicos o de otro tipo por participar en este estudio, por lo tanto este estudio no tiene costo para usted y tampoco recibirá dinero ni incentivo o pago por participar en este estudio.

**Derechos del participante:**

• **A manifestar dudas y a hacer preguntas:**

Si tiene alguna duda, que no ha quedado claro(a) en este consentimiento informado, puede hacer las preguntas necesarias directamente al equipo de investigación. Si usted tiene cualquier pregunta en el futuro, es libre contactarse con el investigador al número de teléfono 56322507444 o al correo electrónico paulina.hurtado@uv.cl.

• **A la participación voluntaria, a conocer alternativas y a retirar el consentimiento:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene la alternativa de no participar en el estudio o se puede retirar de él en cualquier momento si lo desea, solo comunicándose al investigador principal; su decisión de participar o no, o de su eventual retiro no lo perjudicará en caso alguno, es decir, no incidirá en el tratamiento que esté recibiendo en el hospital, ni se interrumpirá su atención de salud a la que esté accediendo. Además, los investigadores responsables de este estudio también pueden, a su criterio, suspender su participación en cualquier momento sin afectar el tratamiento que esté recibiendo en esta Institución

• **A la atención y a una derivación oportuna:**

En caso de efectuar hallazgos como consecuencia de la investigación, será contactado por la investigadora principal con el profesional encargado de la sala para su evaluación

04 MAY 2016



- **Publicación de los resultados:**

Sólo se usarán solo los resultados globales obtenidos de este estudio para publicaciones científicas y eventos de divulgación, es decir, ni su nombre ni identidad serán reveladas, respetando así la confidencialidad en todo momento de sus datos privados y las normas para la investigación científica en seres humanos. (Ley 20.120 y su reglamento, Ley 20.584 y Ley 19.628)

- **Evaluación Ético-Científico:**

Este estudio de investigación fue aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio. En el caso que tenga dudas sobre aspectos éticos de este estudio puede comunicarse con la secretaria ejecutiva del Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, al teléfono (032)-2576581 o al mail [comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl](mailto:comiteetica.ssvsa@redsalud.gov.cl).

### Acta de Consentimiento Informado

Declaro haber comprendido toda la información proporcionada y que me han explicado claramente cuál es el procedimiento del estudio y en qué consiste mi participación. He podido aclarar mis dudas y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Presto voluntariamente mi consentimiento para participar en el estudio "**Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos medios hospitalizados**", y para que se utilice la información solicitada anteriormente.

Tengo claro que poseo el derecho de retirarme en cualquier momento del estudio, sin que ello pueda ocasionar algún perjuicio en mi atención en salud.

Firmo aceptando mi participación voluntaria en este estudio y declaro haber recibido una copia firmada de este documento.

1.- **Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

2.- **Nombre del investigador encargado:** \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

3.- **Nombre del Director del HCVB delegado:** \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Valparaíso, 25 julio 2016

**Estimados Sres/as  
Comité Ético Científico CEC-UV  
Universidad de Valparaíso**

Atte: Ps. Javier Morán Kneer  
Coordinador CAPSI  
Escuela de Psicología  
Universidad de Valparaíso

Ref.: Informa apoyo de proceso de investigación de tesis de pregrado para optar al grado de Licenciado en Enfermería. Universidad de Valparaíso

---

De mi consideración:

Por medio de la presente, se informa a este Comité que el Centro de Psicología Clínica (CAPSI) de la Escuela de Psicología de esta Universidad, dispone y ofrece el servicio de psicoterapia gratuita a aquellos casos que requieren de atención terapéutica y que fuesen pesquisados a lo largo de cualquier proceso de investigación.

En particular a este caso, la entidad de CAPSI se compromete a extender este servicio a los entrevistados que evidencien alteraciones de salud mental como resultado del proceso de investigación denominado "*Calidad percibida de la atención de enfermería por adultos medios hospitalizados*", donde se utilizara el instrumento SERVQHOS-E en su versión adaptada para Chile.

Dicha investigación está siendo dirigida por Prof. adjunto Escuela de Enfermería Paulina Hurtado Arenas y desarrollada por los estudiantes tesistas: Gabriel Arias, María José Bombal, Daniel Cabrera, Macarena Concha, Luis Cornejo, Valentina Deramond, Javiera González, Daniela Maureira, Danilo Roa y Rafael Vilches.

Sin otro particular, saluda atentamente a usted.



**Ps. Javier Morán Kneer  
Coordinador CAPSI y Prácticas Profesionales  
Escuela de Psicología  
Universidad de Valparaíso**



SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO  
DDQ/MCG/Int. N° 035

ORD.: 710 05-05-16

ANT.: TESIS DE ENFERMERÍA UV  
MAT.: APROBACIÓN DE ESTUDIO

DE: DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER  
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

A: SEGÚN DISTRIBUCIÓN

Respecto de la tesis de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso titulada "Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados" informo a Ud. que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio efectuó su evaluación ético científica, otorgando su aprobación por unanimidad, con fecha 4 de mayo del 2016, de acuerdo a lo estipulado en normas vigentes nacionales para investigación científica en seres humanos y al constatar que no existen riesgos para la seguridad de los participantes.

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS  
ALUMNOS TESIS: Gabriel Arias, María José Bombal, Daniel Cabrera, Macarena Concha, Luis Cornejo, Valentina Deramond, Javiera González, Daniela Maureira, Danilo Roa y Rafael Vilches.  
SITIO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO.  
FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 25 DE ABRIL DEL AÑO 2016  
CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA  
FECHA DE APROBACIÓN: 4 DE MAYO DEL AÑO 2016

- 1.- El Investigador, antes de iniciar la ejecución del estudio, deberá solicitar la autorización expresa del Director del Establecimiento de Investigación, cuya respuesta debe ser emitida dentro de un plazo no superior a 20 días hábiles a contar de la fecha de evaluación conforme del Comité Ético Científico correspondiente (artículo 10 bis, del reglamento de la ley 20.120). Por lo contrario, se desprende del mismo artículo, que la negativa a esta autorización deberá ser fundada.
- 2.- El Director del Establecimiento de Investigación, como garante de las fichas clínicas, deberá asegurar la reserva de la identidad del titular y resguardar la información personal, datos médicos, datos genéticos u otros datos de carácter sensible allí contenida, por lo tanto se deberá adoptar las providencias necesarias para que el investigador o sus colaboradores que accedan a toda esta información, la protejan y utilicen exclusivamente para los fines para los cuales fue requerida.
- 3.- El Director del Establecimiento al momento de autorizar la ejecución del protocolo de investigación es responsable de velar para que el estudio se ejecute dentro del marco establecido por la normativa legal vigente.
- 4.- Los Comité Ético Científico realizan la evaluación ético científica de las investigaciones sometidas a su consideración, además de pronunciarse al respecto, mediante su aprobación o rechazo, tienen como atribución observar su ejecución, con el fin de garantizar la seguridad, bienestar y derechos de las personas participantes como sujetos de investigación.
- 5.- El Comité Ético Científico del SSVSA, puede asesorar los Directores de Establecimiento o Jefaturas que lo requieran, frente a dudas que puedan surgir durante las distintas etapas que contiene una investigación Científica en Seres Humanos (planificación, evaluación bioética, ejecución o conducción, seguimiento y difusión de los resultados).

**MIEMBROS DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA**

Rodrigo Vergara Fisher	Presidente	Médico Pediatra
Mariana Cubillos Gómez	Secretaria Ejecutiva	Odontóloga
Claudia Cartagena Salinas	Vicepresidente	Médico Broncopulmonar
Marta Colombo Campbell		Médico, Neuropediatra
Edith Cuadra Aravena		Secretaria Auditoría
Giulian Giachetti Herrera		Ingeniero Comercial
Octavio Guzmán Aguilera		Asistente Social
Evelyn Quezada Collado		Administrativa
Carolina Leonardini Aris	Representante de la Comunidad	Periodista
Mariana Torres Brito		Químico Farmacéutico
Javier Valenzuela Clavero	Licenciado en derecho	Abogado

Saluda atentamente a Usted



**DR. DAGOBERTO DUARTE QUAPPER**  
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO

**DISTRIBUCIÓN:**

- Investigadora Principal, Escuela de Enfermería UV, Blas Cuevas 1028, Departamento de Enfermería del Adulto, 3° Piso.
- Director HCVB
- Jefe Servicio de Medicina HCVB
- Departamento Gestión Asistencial de Docencia e Investigación HCVB
- CEC SSVSA
- Oficina de Partes



SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO-SAN ANTONIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

### ACTA DE APROBACIÓN N°17/2016

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, certifica conocer y haber evaluado los antecedentes presentados de la tesis de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso titulada "**Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados**" y de acuerdo a lo estipulado en la normativa legal vigente para la investigación científica en seres humanos, aprueba estudio por decisión unánime, en sesión del **4 de mayo del año 2016**, tomando en consideración los siguientes aspectos ético-científicos:

- 1) **Valor social:** La investigación es relevante porque va a entregar información que permitirá aumentar el conocimiento acerca del tema.
- 2) **Validez Científica:** El diseño se ajusta a la metodología de investigación en seres humanos.
- 3) **Razón riesgo/beneficio:** La proporción riesgo beneficio es favorable. El riesgo derivado del uso de datos personales se minimizará tomando todos los resguardos necesarios para garantizar la privacidad de los participantes.
- 4) **Proceso de Consentimiento Informado:** El proceso de consentimiento informado cuenta con un formulario que provee toda la información requerida para que los adultos participantes puedan tomar una decisión informada.
- 5) **Respeto por los participantes:** Se respeta el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento, a la privacidad y al resguardo de la confidencialidad de los datos personales y datos sensibles utilizados.
- 6) **Idoneidad de la Investigadora Principal:** Según los antecedentes curriculares presentados y la experiencia, el investigador principal reúne las competencias necesarias para la conducción de este estudio.
- 7) **Evaluación Independiente:** El Comité Ético Científico del SSVSA efectuó la evaluación ética científica previa aprobación del estudio y sus miembros presentes declararon no tener conflictos de intereses durante su evaluación.



**SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO-SAN ANTONIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

Se aprueba de la tesis de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso titulada "Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados".

**INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS**  
**ALUMNOS TESISISTAS: Gabriel Arias, María José Bombal, Daniel Cabrera, Macarena Concha, Luis Cornejo, Valentina Deramond, Javiera González, Daniela Maureira, Danilo Roa y Rafael Vilches.**  
**SITIO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO.**  
**FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 25 DE ABRIL DEL AÑO 2016**  
**CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA**  
**FECHA DE APROBACIÓN: 4 DE MAYO DEL AÑO 2016**

Consta que los miembros del Comité efectuaron una declaración de conflictos de Intereses previa evaluación, en la cual consta que ninguno declara tenerlos y ninguno de los presentes se inhabilitó para su evaluación. Se aprueba estudio con fecha 4 de mayo del 2016.

Miembros del CEC	APRUEBA	RECHAZA	SE ABSTIENE
Claudia Cartagena Salinas			
Marta Colombo Campbell			
Edith Cuadra Aravena			
Mariana Cubillos Gómez			
Giulian Giachetti Herrera			
Octavio Guzmán Aguilera			
Carolina Leonardini Aris			
Evelyn Quezada Collado			
Mariana Torres Brito			
Javier Valenzuela Clavero			
Rodrigo Vergara Fisher			

Le saluda atentamente,



**DR. RODRIGO VERGARA FISHER**  
**PRESIDENTE CEC SERVICIO DE SALUD**  
**VALPARAÍSO-SAN ANTONIO**



**SERVICIO DE SALUD  
VALPARAISO-SAN ANTONIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO**

**DOCUMENTACIÓN APROBADA**

El Comité Ético Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, presidido por el Dr. Rodrigo Vergara Fisher, certifica haber evaluado los antecedentes presentados de la tesis de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso titulada **“Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados”**.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL Y DOCENTE GUÍA: E.U. PAULINA HURTADO ARENAS  
ALUMNOS TESIS: Gabriel Arias, María José Bombal, Daniel Cabrera, Macarena Concha, Luis Cornejo, Valentina Deramond, Javiera González, Daniela Maureira, Danilo Roa y Rafael Vilches.**

**SITIO DE INVESTIGACIÓN: HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO.**

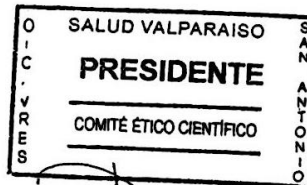
**FECHA DE INGRESO A EVALUACIÓN: 25 DE ABRIL DEL AÑO 2016**

**CEC EVALUADOR: COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO DEL SSVSA**

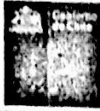
**FECHA DE APROBACIÓN: 4 DE MAYO DEL AÑO 2016**

<p><b>Protocolo tesis de estudio “Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados” Versión mayo 2016</b></p>	<p><b>Aprobado</b></p>
<p><b>Formulario de Consentimiento Informado para participantes en el estudio : “Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados” Versión 4 de mayo 2016</b></p>	<p><b>Aprobado</b></p>

Saluda atentamente a Usted,



**DR. RODRIGO VERGARA FISHER  
PRESIDENTE CEC SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO**

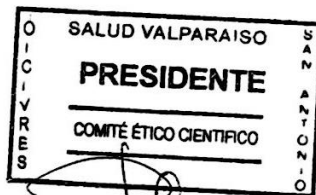


SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO  
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

VALPARAÍSO, 4 DE MAYO DE 2016

### DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Este Comité de Evaluación Ética Científico del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio, está organizado, actúa y emite sus dictámenes en pleno acuerdo con la Declaración de Helsinki (1964 y sus modificaciones de 1975,1983,1989,1996,2000,2002,2004 y 2008), con las Normas de la "Buena Práctica Clínica" (GCP) establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO) 1996, la Harmonized Tripartite Guidelines for Good Clinical Practice (1996), por las Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas con sujetos humanos (Organización Panamericana de la Salud y por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), 1996, las Operational Guidelines for Ethics Committees that Review, Biomedical Research (WHO, 2000) y por las Regulaciones Nacionales (Norma Técnica nº 57 del 04 de junio de 2001, del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile: Regulación de la ejecución de ensayos clínicos que utilizan productos farmacéuticos en seres humanos).



DR. RODRIGO VERGARA FISHER  
PRESIDENTE CEC SERVICIO DE SALUD  
VALPARAÍSO-SAN ANTONIO



Dirección.  
Int. N° 38-  
Dr.JPCG/egt.-

04870 11.05.2016

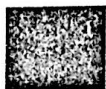
### RESOLUCIÓN EXENTA N°

**VISTOS:** Decreto N° 38 de 2005 Reglamento orgánico de los establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, que delega facultades a los Directores de Hospitales Autogestionados; el D.F.L. N° 1/2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763/79; su Reglamento aprobado por D.S. N° 140/2004 del Ministerio de Salud; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República y en uso de las facultades que me confiere la R.T.R. N° 46/2015, se dicta lo siguiente:

**CONSIDERANDO:** En el Acta de Aprobación N° 17 del Comité Ética Científico del SSVSA del 04.Mayo del año 2016. Lo informado en el Ordinario N° 710 del 05 de Mayo del 2016 de la Dirección del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio en donde se acepta la aprobación de estudio de pregrado de la carrera de Enfermería de la Universidad Valparaíso titulada "Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizados", realizado por la investigadora principal EU Paulina Hurtado Arenas.

### RESUELVO:

**Autorizar** la aprobación del estudio " Calidad percibida de la atención de enfermería por los adultos medios hospitalizado" realizado por la investigadora principal EU Paulina Hurtado Arenas, según Memorándum N° 13 Coldas los alumnos de Enfermería son Gabriel Arias, María José Bombal, Daniel Cabrera,

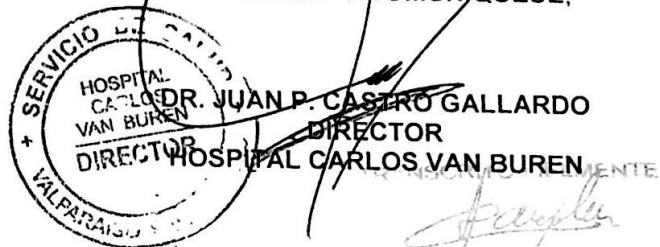


Dirección Hospital Carlos Van Buren – Valparaíso  
Dirección de Servicio Valparaíso San Antonio  
Ministerio de Salud



Macarena Concha, Luis Cornejo, Valentina Deramond, Javiera González, Daniela Maureira, Danilo Roa y Rafael Vilches, dicho estudio se realizará en la Unidad Baja Complejidad Médica del HCVB y se designa a la Dra. Mónica Carvajal Muñoz o quien este designe en resolución exenta autorizada por la Subdirección de Gestión Asistencial, como profesional idóneo para la firma del Acta de Consentimiento Informado para padres o tutores y/o los documentos pertinentes para llevar a cabo en debida regla la investigación.

ANOTESE Y COMUNÍQUESE,



Claudio Vargas M.  
MINISTRO DE F.E.

**DISTRIBUCIÓN:**

- Interesado
- Jefe de Gestión Docente HCVB .
- Dra. Claudia Cartagena – Encargada de Investigaciones Científicas HCVB
- Dra. Mónica Carvajal Muñoz. – Jefe Medicina HCVB
- Of. De Partes.
- Archivo.



Dirección Hospital Carlos Van Buren – Valparaíso  
Dirección de Servicio Valparaíso San Antonio  
Ministerio de Salud

Valparaíso, 16 de Agosto de 2016.

**Estimado Investigador:**

Junto con saludar, nos dirigimos a usted para comunicarle la resolución del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso CEC-UV, en relación a su proyecto CEC126-16 "Calidad percibida de la atención enfermería por adultos medios hospitalizados," presentado para revisión.

Después de haber sido analizado en sesión ordinaria del día 16 de Agosto de 2016, el comité de Ética Científica de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Valparaíso, ha aprobado su protocolo y consentimiento informado. En esta comunicación usted está recibiendo los siguientes documentos:

**ACTA DE APROBACIÓN:** Debe conservarla ya que le será requerida durante el seguimiento del estudio, y deberá mencionarla en las publicaciones originadas por su proyecto. Esta acta sólo da cuenta de la aprobación del estudio presentado, pero en caso de cualquier enmienda o variación de su protocolo, este Comité debe ser informado en forma inmediata.

**ACTA DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO:** Se presentan observaciones a modo de sugerencia.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO APROBADO:** Debe fotocopiarlo o imprimirlo y foliarlo. Este consentimiento sólo es válido con el timbre del Comité de Ética y así le será requerido en caso de seguimiento del proyecto. Se le recuerda que según la ley vigente todo consentimiento debe contener además la firma de la persona encargada del lugar donde se realiza la investigación.

**RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR:** Debe firmar su recepción. Le rogamos leerlas cuidadosamente, ya que debe cumplirlas en todo momento durante la ejecución de su protocolo aprobado. Según la legislación vigente los Comités Ético-Científicos están facultados para detener la ejecución de cualquier proyecto de investigación en caso de incumplimiento.

Sin otro particular lo felicitamos y deseamos el mayor éxito durante la ejecución de su proyecto.

**Eva Madrid Aris**

Presidenta Comité de Ética Científica Universidad de Valparaíso.

## ACTA DE APROBACIÓN BIOÉTICA CEC126-2016

Título del protocolo:	"Calidad percibida de la atención enfermería por adultos medios hospitalizados"
Protocolo número:	CEC126-2016
Fuente de Financiamiento:	Concurso de Proyectos para Estudiantes de la Universidad de Valparaíso 2016, Convocatoria Interna.
Condición:	Aprobado.
Fecha de aprobación:	16 de Agosto 2016
Fecha expiración aprobación:	16 de Agosto 2017

El Comité Ético-científico de la Universidad de Valparaíso CEC-UV, revisa el proyecto "Calidad percibida de la atención enfermería por adultos medios hospitalizados", del Investigador Principal Paulina Hurtado Arenas, adscrita a la Facultad de Medicina.

Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

- a.- Protocolo de Investigación original presentado
- b.- Formulario de postulación del proyecto al CEC-UV
- c. Consentimiento informado
- d. Curricula Vitae de los investigadores
- e. Cartas de autorización institucionales.
- f. Aprobación CEC Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

En la valoración bioética del proyecto, se consideraron los siguientes aspectos: Valor Social y Científico, Validez Científica, Relación Riesgo/Beneficio, selección justa de Sujetos, Consentimiento Informado, respeto por los Sujetos de Investigación y conflictos de interés.

**CONCLUSIÓN:** En base a los antecedentes evaluados, se acuerda que este proyecto respeta los criterios básicos contemplados en las Pautas Éticas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos vigentes (CIOMS, 2002) y Guía de Buenas Prácticas Clínicas, así como la legislación vigente. Este protocolo se encuentra **APROBADO**, para iniciar su ejecución.


**Eva Madrid Aris**

Presidenta Comité de Ética Científica Universidad de Valparaíso.