



**UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
FACULTAD DE LA CIENCIA DE LA SALUD Y LOS ALIMENTOS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA  
Y ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS  
EN USUARIOS DIABÉTICOS TIPO II, ADHERIDOS AL  
PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR,  
DEL CESFAM ISABEL RIQUELME DE CHILLÁN, AÑO 2011**

**AUTORES:**

CORDERO TAPIA, ALFREDO.  
CORDERO TAPIA, ANGELA.  
ROSALES ASTUDILLO, CONSUELO.  
VARGAS CHÁVEZ, PAULINA.

**DOCENTE GUÍA:**

SRA. ANA PINCHEIRA RODRIGUEZ.  
E.U. MAGISTER EN SALUD PÚBLICA  
MENCIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**CHILLÁN – CHILE**

**2011**

## AGRADECIMIENTOS

*Agradecemos a Dios, por la fortaleza otorgada en cada momento.*

*A todas aquellas personas que, de una u otra manera, nos brindaron apoyo y colaboración en nuestro proyecto de investigación, en especial:*

*✎ Al CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, por acogernos cordialmente.*

*✎ A los usuarios que desinteresadamente nos dedicaron su tiempo y disponibilidad, convirtiéndose en la esencia de éste estudio.*

*✎ A la Sra. Patricia Letelier, por orientarnos en los inicios de nuestras inquietudes.*

*✎ Al Sr. Miguel Ángel López, por su asesoría Estadística.*

*✎ Y a nuestra querida profesora guía, Sra. Ana Pincheira Rodríguez, por su excelente acogida, comprensión, apoyo y tiempo incondicional.*

## DEDICATORIAS

*A mis Padres Rosa y Hernán, por motivarme a ser un Buen profesional y mi familia, que con sus ejemplos me ayudaron a crecer. A mi amada esposa por su apoyo incondicional. Y a ti, Soberano Dios, porque sin ti, Nada podría Hacer. “Porque por medio de Él y por Él y para Él son hechas todas las cosas” Romanos 11:36*

*Alfredo Cordero T.*

*A mis amados Padres Rosa y Hernán por procurar hacer de mi una mujer de bien. A Francisco, M° Jesús, M° Fernanda y Felipe por su alegría y comprensión. Y a mi amado Señor omnipotente, porque sin su misericordia no seria nada. “Yo, Jehová, que escudriño la mente, que pruebo el corazón, para dar a cada uno según su camino, según el fruto de sus obras” Jeremías 17:10*

*Ángela Cordero T.*

*A mis padres, Patricio y Loretto, por su amor y apoyo incondicional, a mi familia en general, por la ayuda y apoyo a lo largo de toda mi formación, a Daniel y a mis amigas, Marisol, Daniela y Bernardita, porque a pesar de la distancia están siempre a mi lado, a Solange, Paulina y todos los amigos que componen mi familia académica, por acogerme y brindarme tantos momentos gratos, a Dios que me da fuerzas para perseverar día a día y, en especial, al ángel que guía mis pasos desde el cielo, Tío Jorge, por creer y confiar siempre en mi.*

*Consuelo Rosales A.*

*A Dios por su fuerza infinita. A mis padres, Ricardo y Selma por su amor e incondicionalidad ya que gracias a ellos soy lo que soy. A mi novio José Alberto que junto a su Amor y cariño alegra mi vida y hace que todo sea más fácil día a día. A mi familia, Amigos y todas las personas importantes en mi vida, en especial mi Tía Any, tu recuerdo seguirá siempre vivo en mi corazón.*

*Paulina Vargas Ch.*

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN.-----	6 -
1.1 Presentación y Fundamentación del problema.-----	10 -
1.2 Importancia de la investigación para la profesión.-----	12 -
1.3 Problematización.-----	13 -
1.4 Marco Teórico.-----	15 -
1.5 Marco Empírico.-----	30 -
1.6 Propósito de la Investigación.-----	37 -
1.7 Objetivos generales y específicos.-----	38 -
1.8 Listado de variables.-----	40 -
II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.-----	41 -
2.1 Tipo de diseño.-----	41 -
2.2 Universo y Muestra.-----	41 -
2.3 Diseño de muestreo.-----	41 -
2.4 Unidad de análisis.-----	41 -
2.5 Criterios de inclusión.-----	41 -
2.6 Aspectos éticos.-----	42 -
2.7 Recolección de datos.-----	42 -
2.8 Descripción instrumento recolector.-----	43 -
2.9 Recolectores de datos.-----	45 -
2.10 Prueba piloto.-----	46 -
2.11 Procesamiento de datos.-----	47 -
III. RESULTADOS-----	48 -
3.1 Antecedentes sociodemográficos.-----	48 -
3.2 Percepciones y expectativas Escala SERVQUAL modificada.-----	52 -
3.3 Importancia de las dimensiones de calidad.-----	56 -
3.4 Brechas absolutas de calidad en atención.-----	57 -
3.5 Brechas relativas de calidad en atención.-----	59 -
3.6 Descripción de brechas absolutas con características socioeconómicas.-	61 -

IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES. -----	64 -
4.1 Discusión.-----	64 -
4.2 Conclusiones.-----	72 -
4.3 Sugerencias. -----	74 -
4.4 Limitaciones. -----	75 -
V. BIBLIOGRAFÍA. -----	77 -
VI. ANEXOS. -----	86 -
6.1 Definición nominal y operacional de variables.	
6.2 Programa de Salud Cardiovascular.	
6.3 Elementos terapéuticos del Programa de Salud Cardiovascular.	
6.4 Clasificación de Diabetes Mellitus según OMS.	
6.5 Garantías Explícitas en Salud.	
6.6 Teoría de Enfermería Joyce Travelbee.	
6.7 Esquema del modelo de relación persona a persona.	
6.8 Modelo de brechas.	
6.9 Deficiencias o gaps del modelo SERVQUAL.	
6.10 Dimensiones para medir la calidad.	
6.11 Escala SERVQUAL original.	
6.12 Escala ESOMAR para Chile.	
6.13 Alternativas de respuesta para el nivel de educación.	
6.14 Alternativas de respuesta para la categoría ocupacional.	
6.15 Nivel Socioeconómico, Según ESOMAR para Chile.	
6.16 Matriz de bienes para Escala ESOMAR para Chile.	
6.17 Nivel Socioeconómico, según puntuación de la batería de bienes.	
6.18 Consentimiento informado.	
6.19 Cuestionario de Antecedentes Generales del Usuario/a.	
6.20 Escala SERVQUAL modificada.	

## RESUMEN

**Antecedentes.** El aumento de la prevalencia a un 9,4% de diabetes mellitus tipo II en Chile, actualmente ha generado que el profesional de enfermería se vea comprometido con la calidad de atención otorgada, la que merece ser descrita desde el punto de vista de las percepciones y expectativas de los usuarios.

**Objetivo.** Determinar la calidad de la atención de enfermería y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme de Chillán. **Diseño.**

Estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionó una muestra aleatoria de 211 diabéticos tipo II, con un nivel de confianza de 95% y un error de muestreo del 4,8%. Se determinó la calidad de la atención de enfermería medida en cuatro dimensiones, aplicando la Escala SERVQUAL modificada y se caracterizó sus puntajes medios según sexo, edad y nivel socioeconómico de los participantes.

Los datos fueron procesados en el programa SPSS 17.0. **Resultado.** El 65,4% de la muestra se concentró en el tramo de 45 a 64 años, el 70,6% es de sexo femenino y el 43,6% posee un nivel socioeconómico medio-bajo. Las brechas absolutas de calidad, según percepciones y expectativas de los usuarios, para las dimensiones Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad y Empatía fueron -0,89, -1,19, -0,95 y -0,92, respectivamente. La dimensión Responsabilidad presentó la brecha de calidad más baja en mujeres (-1,11), entre 45 y 64 años (-1,09) y con nivel socioeconómico medio-bajo (-1,02). **Conclusiones:** Las cuatro dimensiones estudiadas se encuentran en un nivel inferior al esperado en relación a la calidad de la atención de enfermería del CESFAM Isabel Riquelme, por lo que se sugiere implementar estrategias que impliquen mejorar las dimensiones más deficientes.

**Palabras claves:** Calidad de Atención, Diabetes tipo II, Programa de Salud Cardiovascular.

## ABSTRACT

**Background:** because of the increase in the prevalence to 9,4% of type II of diabetic mellitas in Chile, the nursing staff are compromised with the quality of care given, which deserves to be described from the point of view of perceptions and expectations of users. **Objective:** determine the quality of nursing care according to the perception and expectation in type II diabetic patients attached to Cardiovascular Health Program Center Isabel Riquelme in Chillán. **Design:** A cross-sectional descriptive study. We selected a random sample of 211 type II diabetics, with a reliability of 211 types of diabetics, with 95% level and 4,8% of sampling error. The study determined the quality of nursing care in four dimensions, using the modified SERVQUAL scale, and characterized its scores by sex, age, and socioeconomic status of each participant. The data were processed in SPSS 17.0. **Result:** 65,4% of the sample was concentrated on the intervals of 45 to 64 years old, 70,6% are female and 43,6% have a medium-low socioeconomic status. The absolute quality gaps, according to expectations and perceptions of the users, for the reliability, responsibility, safety, empathy and dimensions were -0,89, -1,19, -0,95 and -0,92, respectively. The present record responsibility dimension showed the lowest quality gap in women (-1,11), between 45 and 64 (-1,09) and lower-middle socioeconomic status (-1,02). **Conclusions:** the four dimensions studied reflected a poor quality of nursing care of CESFAM Isabel Riquelme, so it is suggested to implement strategies that involve improving the deficient dimensions.

**Keywords:** Quality of care, Diabetes type II, Cardiovascular Health Program.

## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, Chile y el mundo se enfrenta a nuevos desafíos en salud, la población de hoy requiere de profesionales capacitados que puedan satisfacer holísticamente las necesidades de los pacientes y de ésta forma aumentar el autocontrol en salud, para que los usuarios puedan alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social<sup>1</sup>.

En la Carta de Ottawa, creada a fines de 1986, en la primera conferencia internacional de promoción de la salud, se hace hincapié a la responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud y la población para la obtención de la salud, donde el papel primordial de éstos, es orientar a las personas en un trabajo conjunto de autocuidado, más allá de su responsabilidad de prestar servicios clínicos y curativos<sup>1</sup>, reconociendo al ser humano como la principal fuente de salud.

Hoy en día, Chile es un país a las puertas del desarrollo, en donde se ha generado un cambio en el enfoque de atención, una reforma que se basa en un nuevo modelo de salud familiar, desde una perspectiva holística y centrada principalmente en la promoción y prevención de la salud<sup>2</sup>.

De ésta forma, el profesional de enfermería debe considerar los nuevos desafíos sociales y sanitarios para mejorar la calidad de atención y de vida del individuo, la familia y comunidad. Se torna primordial que el profesional de enfermería brinde cuidados de calidad, gestionando de la forma más óptima los recursos que tiene a su alcance para identificar y abordar en forma eficiente y eficaz los problemas de salud o enfermedad que presenta el ser humano, generando satisfacción y bienestar a los usuarios, considerando para ello, competencias valóricas, procedimental y cognitiva.

Estas reformas han repercutido en la nueva postura que tiene el usuario frente al cuidado de su salud, encontrándose informado, con expectativas de cómo debe ser atendido y consciente de cuáles son sus derechos, deberes y tratamientos, lo cual propone un desafío al profesional de enfermería para cumplir



con su labor a cabalidad, respondiendo adecuadamente a las demandas y expectativas individuales y sociales.

Las expectativas de los usuarios de hoy, están determinadas por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, no todos poseen las mismas expectativas del cuidado que brinda la profesión, ya que muchas veces ésta subjetividad varía según el contexto físico, psicológico y social, generando la inquietud de cómo se podrían abordar éstas diferencias y entregar un servicio de calidad.

Bajo éste contexto subjetivo de las percepciones y expectativas de los usuarios, la calidad entregada va a depender de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado entregado según sus expectativas, del trato personal que recibe y del grado de oportunidad y amabilidad con el cual la atención fue brindada.

Por otro lado, los usuarios que acuden a las instituciones de salud se enfrentan en general a un medio desconocido y a situaciones en las que no desearían estar, por ello, todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados con el fin de facilitar la adecuada adaptación de los usuarios a este sistema de salud, garantizando el cumplimiento de las normas de calidad de los servicios y favoreciendo la calidad de atención.

La salud en Chile es regularizada por la Ley Autoridad Sanitaria y Gestión (Ley 19.937) y la Ley de Régimen General de Garantías en Salud (Ley 19.966, AUGE desde el 1 de julio del año 2005), que rigen al Ministerio de Salud. Asimismo, la Ley 19.378, norma a los establecimientos de nivel de atención primaria de salud municipal<sup>3</sup>.

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Isabel Riquelme de Chillán, trabaja con el Modelo de Salud Familiar, organizada según sectorización, asumiendo progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación sanitaria a los usuarios. Este CESFAM cuenta con una población de 21.605 usuarios inscritos hasta el año 2010, donde el 56% corresponde a mujeres y el 44% a varones.

Cabe destacar que, de la población inscrita, el 10,4% corresponde a adultos mayores, considerando con ello, una alta demanda de usuarios con patologías crónicas, como hipertensión arterial y diabetes mellitus, siendo ésta última causante de incapacidad, afectando en forma importante la calidad de vida de los usuarios<sup>4</sup>.

Para evaluar la satisfacción de los usuarios con diabetes mellitus tipo II, es necesario conocer las percepciones que tienen sobre los servicios recibidos y evaluar si éstas cumplen con sus expectativas, valorando de ésta manera, la calidad de la atención entregada por los profesionales de enfermería.

El conocimiento de ésta calidad de atención, sirve básicamente para tomar las medidas correctivas que vayan dirigidas a mejorar la atención y la satisfacción del usuario frente a la atención del profesional de enfermería.

Por lo tanto, es relevante para ésta investigación determinar la calidad de la atención de enfermería y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

## 1.1 Presentación y Fundamentación del problema

En el contexto de la evolución de las patologías que afectan al ser humano, las enfermedades crónicas no transmisibles de índole cardiovascular, como los accidentes cardiovasculares, cerebrovasculares, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus, entre otras, se han posicionado hoy en día como la primera causa de muerte en los adultos de ambos sexos en Chile, con un valor porcentual de 22,8% según los datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud de Chile, del año 2006<sup>5</sup>.

La diabetes mellitus tipo II, como enfermedad crónica no transmisible, afecta cada vez a más personas en Chile. En el año 2006, la Asociación Diabética Chilena (ADICH)<sup>6</sup> estimó una prevalencia de 7,5% en un Estudio Nacional de Prevalencia de Diabetes en Chile. Sin embargo, en la última Encuesta Nacional de Salud 2009-2010<sup>7</sup> se muestra un aumento en la prevalencia llegando a un 9,4%, lo que significa que existen 1.200.000 diabéticos, 500.000 más que en la Encuesta Nacional de Salud del año 2003<sup>20</sup>.

La diabetes mellitus tipo II no solo produce un desequilibrio a nivel metabólico, sino también afecta al sistema cardiovascular, por esto, es considerada como un factor de riesgo cardiovascular mayor modificable, lo que se traduce en la probabilidad de que un individuo presente un evento cardiovascular en un período de tiempo determinado, por ejemplo, en los próximos cinco o diez años<sup>8</sup>.

Debido a las características degenerativas de ésta patología, el usuario diabético tipo II debe adaptarse a su enfermedad, cambiando su estilo de vida y disminuyendo la exposición a factores de riesgo cardiovasculares, ya que, sustancialmente va reduciendo su calidad de vida<sup>8</sup>. Por el contrario, el usuario diabético tipo I nace con ésta enfermedad y no debe enfrentarse a cambios inesperados.

Para éste estudio se considera al usuario con diabetes tipo II, debido a que ésta patología irrumpe la normalidad de su ciclo vital, modificando sus

expectativas y calidad de vida, adecuándose a un tratamiento de por vida, además de las complicaciones que ésta enfermedad genera<sup>9</sup>, motivos por los cuales resulta imperioso que la calidad de la atención que brinda el profesional de enfermería sea oportuna y eficaz.

La atención de enfermería otorgada al usuario debe ser integral, ya que, no solo su cuerpo se ve afectado por la enfermedad, sino también está comprometida su emocionalidad, familia y entorno<sup>9</sup>, aspectos relevantes al momento de dar atención a los usuarios diabéticos. Por todo esto, el profesional de enfermería debe dar cuidados de calidad, pero desde la perspectiva del usuario, la que resulta de un proceso de evaluación en donde el usuario compara sus expectativas con la percepción de la atención recibida. Bajo ésta premisa, para éste estudio la calidad de la atención gira en torno al usuario y no en base a indicadores de calidad de servicio pre- establecidos.

Una forma sencilla de medir las percepciones y expectativas del usuario es a través de la escala multidimensional SERVQUAL<sup>10</sup>, que evalúa la calidad de los servicios, utilizada generalmente en el área empresarial. En éste estudio se consideró la atención de enfermería como el servicio a evaluar.

El profesional de enfermería debe satisfacer las expectativas de quienes son objeto y sujeto del cuidado proporcionado. Sin embargo, aunque se tiene claridad sobre ello, es posible observar empobrecimiento en éste tema, para lo cual existen muchas y variadas explicaciones, como el grado de satisfacción laboral del profesional de enfermería, calidad de vida laboral<sup>11</sup> y escasos recursos, entre otros aspectos, que, de alguna manera, influyen en la percepción que tenga el usuario sobre la calidad de la atención recibida.

Si se quiere entregar cuidados de calidad en enfermería es fundamental conocer la opinión del usuario. Esto motivó la realización de éste estudio, cuyo propósito es determinar la calidad de la atención de enfermería y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

## **1.2 Importancia de la investigación para la profesión**

Debido al aumento de la prevalencia a un 9,4% de diabetes mellitus tipo II en Chile<sup>7</sup>, el profesional de enfermería se ve comprometido con la atención y el seguimiento para cambiar el estilo de vida de los usuarios que afrontan ésta enfermedad crónica y degenerativa.

Se vuelve relevante para la profesión de enfermería conocer la calidad de atención que se entrega día a día a los usuarios que deben convivir con diabetes mellitus tipo II, patología que disminuye la calidad de vida e irrumpe la normalidad.

Se estima necesario abordar ésta problemática desde un enfoque que permita describir la calidad de la atención de enfermería, desde el punto de vista subjetivo de las percepciones y expectativas de los usuarios y, de ésta forma, dar sugerencias para mejorar la calidad de la atención. Desde ésta perspectiva, la calidad de la atención entregada por el profesional de enfermería, depende de la resolución de los problemas del usuario, del cuidado entregado, del trato personal que recibe y del grado de oportunidad y amabilidad con el que se brinda el servicio y no solo en base a indicadores de calidad de servicio establecidos por la institución de salud.

Por lo tanto, la motivación principal de éste estudio es aportar con la determinación de la calidad de la atención del profesional de enfermería del CESFAM Isabel Riquelme, considerando las percepciones y expectativas de los usuarios, en relación a su control de morbilidad del Programa de Salud Cardiovascular en el nivel de atención primaria y describiendo los antecedentes sociodemográficos de ésta población según la calidad de la atención.

### 1.3 Problematicación

#### **Problema:**

¿Cuál será la calidad de la atención de enfermería, y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

#### **Problematicación:**

1. ¿Cuál será la edad de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

2. ¿Cuál será el sexo de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

3. ¿Cuál será la escolaridad de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

4. ¿Cuál será la actividad laboral de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

5. ¿Cuál será el nivel socioeconómico de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

6. ¿Cuáles serán las percepciones de la calidad de la atención de enfermería por dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

7. ¿Cuáles serán las expectativas de la calidad de la atención de enfermería por dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

8. ¿Cuáles serán las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería por dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?

9. ¿Cuál será la importancia de las dimensiones de la calidad de la atención de enfermería, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?.

10. ¿Cuáles serán las brechas relativas de calidad de la atención de enfermería por dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?.

11. ¿Cuáles serán las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería, según la Escala SERVQUAL modificada, con la edad de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?.

12. ¿Cuáles serán las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería, según la Escala SERVQUAL modificada, con el sexo de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?.

13. ¿Cuáles serán las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería, según la Escala SERVQUAL modificada, con el nivel socioeconómico de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán?.

## 1.4 Marco Teórico

En el mundo, las enfermedades crónicas han tomado gran magnitud y relevancia, pues son de alta prevalencia, larga duración y progresión lenta, su curación no se puede prever y son arbitrariamente controlables. Las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, infartos, diabetes mellitus y cáncer, son principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 60% de las defunciones<sup>12, 14</sup>. Muchas de ellas se asocian al desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad avanzada y a los distintos factores de riesgo que rodean la vida<sup>12</sup>.

Para el año 2005, la Organización Mundial de Salud (OMS) calculó que 35 millones de personas murieron por alguna enfermedad crónica no trasmisible, de las cuales, la mitad era de sexo femenino y de menos de 70 años de edad<sup>13</sup>. Estas enfermedades, que requieren de un largo tratamiento, llevan de la mano una serie de consecuencias degenerativas y daños orgánicos que significan un alto costo para la economía de los países, no solo desarrollados, sino también con bajos y medianos ingresos, donde ocurren el 80% de éstas muertes<sup>14</sup>. Esta amenaza creciente constituye una causa subestimada de pobreza y dificulta el desarrollo económico de muchos países<sup>12</sup>.

La OMS considera que estas patologías son una amenaza creciente y prevé que las defunciones por enfermedades infecciosas, dolencias maternas y carencias nutricionales disminuirán en un 3% durante los próximos 10 años, por otro lado, las defunciones por enfermedades crónicas aumentarán un 17% dentro del mismo período<sup>14</sup>. Esto significa que, de los 64 millones de personas que fallecerán en el año 2015, 41 millones lo harán de enfermedades crónicas, a menos que se tomen medidas urgentes<sup>14</sup>.

En Chile, las enfermedades crónicas han aumentado considerablemente en los últimos 40 años y es una de las principales causas de muerte en el país<sup>5, 15</sup>. En el año 2006, fallecieron 24.087 personas por ésta causa, que corresponde a un 28,1 % de todas las muertes de éste mismo año, con una tasa de 146,6 personas



por 100.000 habitantes<sup>8</sup>. Dentro de éstas cifras, aproximadamente un 9.3% de la población chilena falleció por enfermedades isquémicas del corazón, un 8.9 % por enfermedades cerebrovasculares, un 3.9% por diabetes mellitus y un 3.6% por enfermedades hipertensivas, entre otras causas<sup>5</sup>. En respuesta a estos alarmantes datos, el Ministerio de Salud de Chile buscó todo tipo de estrategias con el fin de contribuir a la reducción de la morbimortalidad asociada a las enfermedades crónicas, principalmente cardiovasculares, creando en el año 2002 el “Programa de Salud Cardiovascular” (PSCV)<sup>8</sup>.

### **Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)**

Nace producto de la reorientación de los subprogramas de hipertensión arterial y diabetes mellitus, con el fin de mejorar en forma significativa la efectividad de los actuales programas en Chile, aplicando los nuevos conocimientos que se tiene sobre el tema. El cambio primordial fue incorporar el enfoque de riesgo cardiovascular global en el manejo de las personas bajo control, en lugar de tratar los factores de riesgo en forma separada<sup>16</sup>.

El objetivo principal del Programa de Salud Cardiovascular es reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares mediante la prevención y tratamiento oportuno y efectivo de los usuarios con factores de riesgo cardiovascular y/o enfermedades cardiovasculares que se controlan en atención primaria<sup>17</sup>.

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares, comparten entre sí similares factores de riesgo (*Anexo 6.2*), como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, entre otros, de ahí que la reducción de uno o más de ellos llevan a prevenir más de una de éstas enfermedades y, como no todos los factores de riesgo son modificables, se sugiere la necesidad de idear mecanismos de intervención específicos dirigidos a grupos de alto riesgo<sup>16</sup>.

Los factores de riesgo tales como la hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes mellitus, se modifican indirectamente a través de intervenciones en los factores conductuales, como la dieta o actividad física<sup>18</sup>, por lo tanto, los cambios observados sirven para evaluar la efectividad de las medidas dirigidas a promover éstos cambios.

El tratamiento multifactorial para prevenir las complicaciones cardiovasculares muestra que el impacto sobre la reducción del riesgo es mayor cuando se trata simultáneamente más de un factor de riesgo. Asimismo, las recomendaciones actuales, ya sea para el tratamiento de la hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes mellitus, consideran los factores de riesgo coexistentes para determinar la indicación terapéutica<sup>16</sup>.

### **Tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular<sup>16</sup>**

Considerando que el PSCV está enfocado a un tratamiento integral del riesgo cardiovascular a través del control de los factores de riesgo, es muy importante la participación de un equipo de salud multidisciplinario. Por otro lado, teniendo un diagnóstico preciso del riesgo cardiovascular, se deben explicitar las metas para el tratamiento de los factores de riesgo modificables, en cada individuo, y también, se debe considerar el tratamiento de los factores de riesgo condicionantes que, al estar presentes, influyen en la evolución de los otros factores de riesgo.

### **Elementos terapéuticos del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)<sup>16</sup>**

El tratamiento de los usuarios será realizado por el equipo de salud, en un trabajo coordinado, con la intervención de médicos, enfermeras, nutricionistas, asistentes sociales, kinesiólogos, psicólogos, profesores de educación física, técnicos paramédicos u otro personal, dependiendo de la disponibilidad de cada centro asistencial.

Para alcanzar las metas terapéuticas, el PSCV contempla educación, nutrición, ejercicio físico y fármacos, como elementos terapéuticos (*Anexo 6.3*).

## **Diabetes Mellitus**

Se calcula que en el mundo hay alrededor de 285 millones de personas diabéticas al año 2010, representando el 6,6% de la población mundial adulta. Se predice que, para el año 2030, el número de personas con diabetes habrá aumentado hasta los 438 millones<sup>19</sup>. Por estas cifras alarmantes, la diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas que más demandas produce a nivel primario.

En Chile, la prevalencia de diabetes mellitus ha ido en aumento en los últimos años. Se estimaba entre un 6,3% y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional en los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud<sup>20</sup> y la Asociación de Diabetes Chilena (ADICH)<sup>6, 21</sup>, respectivamente. De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud 2009-2010<sup>7</sup>, la prevalencia de diabetes mellitus tipo II en Chile ha incrementado a 9,4 %, estableciendo que, actualmente en el país existen alrededor de 1.200.000 usuarios que padecen ésta enfermedad.

Según la OMS<sup>22</sup>, la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que aparece cuando las células beta de los islotes de langerhans del páncreas, no producen insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es la principal hormona encargada de regular la concentración de glucosa en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglicemia (aumento de la glucosa en la sangre), que con el tiempo daña gravemente los órganos y sistemas, produciendo especialmente neuropatías y angiopatías.

Las personas con un metabolismo normal de glucosa poseen valores mantenidos de glicemia entre 70 y 100 mg/dl, independiente de la alimentación que consuman. Después de 2 horas de ingesta alimenticia, la glucosa suele aumentar de 120 a 140 mg/dl, para luego volver a las cifras normales, a medida que la glucosa es almacenada por la insulina en las células de músculos e hígado.

Según el Ministerio de Salud de Chile, los criterios para diagnosticar a una persona con diabetes mellitus son<sup>16, 23</sup>:

- Glicemia al azar  $\geq 200$  mg/dl, más síntomas clásicos de diabetes mellitus: poliuria, (excreción excesiva de orina), polidipsia (sed excesiva), polifagia (hambre constante).

- Glicemia en ayunas repetida  $\geq 126$  mg/ dl.

- Glicemia a las dos horas post-carga de 75 gramos de glucosa  $\geq 200$  mg/dl.

Todos estos criterios deben confirmarse con un segundo examen alterado en un día diferente<sup>23</sup>. La hiperglicemia crónica no controlada es causante de una amplia variedad de trastornos macrovasculares (cardiopatías, accidentes vasculares encefálicos o enfermedades vasculares periféricas) y trastornos microvasculares (retinopatía, nefropatía, neuropatía). Las complicaciones macrovasculares en estos usuarios son hasta 2 veces más frecuentes que las microvasculares<sup>8</sup>.

La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida y aumento en los costos<sup>23</sup>.

Según la OMS<sup>22</sup>, la diabetes mellitus se puede clasificar en: diabetes mellitus tipo I, diabetes mellitus tipo II y diabetes gestacional (*Anexo 6.4*).

La intolerancia a la glucosa y la alteración de la glicemia en ayunas son estados de transición entre la normalidad del usuario y la diabetes. Quienes sufren de estos estados corren mayor riesgo de progresar hacia la diabetes de tipo II<sup>22</sup>.

## **Diabetes mellitus tipo II**

En la aparición de éste tipo de diabetes influye la presencia de factores hereditarios y factores externos como la inadecuada alimentación, el tabaquismo y la falta de actividad física. Se produce principalmente porque los tejidos son incapaces de responder a la insulina, es decir, no es utilizada eficazmente dentro del organismo<sup>21</sup>.

Dentro del total de diabéticos, un 90 - 95% corresponde a la diabetes mellitus tipo II<sup>22</sup>, pues ésta patología se asocia directamente con el estilo de vida propio del usuario<sup>24</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010<sup>7</sup>, la prevalencia de diabetes mellitus tipo II, según grupos de edad, aumenta en forma significativa después de los 44 años comparado con la Encuesta de Salud 2003<sup>20</sup>, estas cifras ascienden a 17% en el grupo de 45 a 64 años y a 26% en los de 65 y más años<sup>7</sup>. De igual modo, es posible apreciar la leve diferencia que existe en la prevalencia de diabetes según sexo, siendo mayor en las mujeres (10,4%) que en los hombres (8,4%)<sup>7</sup>. Además, se destaca la prevalencia de diabetes según la escolaridad o nivel educacional, donde se acentúa que el 20,5% corresponde a diabéticos de bajo nivel de escolaridad, el 7,1% pertenece al nivel educativo medio y, sólo el 6,2% alcanza un nivel de escolaridad alto. Por otro lado, un estudio que se ha realizado desde 1997 a la fecha, por un grupo de investigadores de la Universidad de Chile, entre ellos el epidemiólogo Elard Koch<sup>50</sup>, arroja resultados muy interesantes de acuerdo a la relación que tiene el nivel socioeconómico, el nivel educacional de la población y la distribución desigual de los ingresos y la educación en Chile, frente al riesgo de morir por alguna enfermedad crónica, entre ellas la diabetes mellitus. Según éste estudio, tener un nivel socioeconómico bajo, aumenta a 23% el riesgo de morir por alguna enfermedad crónica, por otra parte, las personas que tienen bajo nivel educacional, poseen un 54% de riesgo de fallecer a causa de enfermedades crónicas que el grupo con nivel de educación superior. Así también, la desigualdad de los ingresos económicos y la educación en Chile es un determinante de menor salud, mayor mortalidad y menor expectativa de vida<sup>50</sup>.

Es por estos alarmantes datos, sumado a la alta morbimortalidad que genera y la alta carga económica que trae para el país, que la diabetes mellitus está contemplada dentro del Programa de Salud Cardiovascular y es considerada una patología GES (Garantía Explícita en Salud) por el Ministerio de Salud de Chile<sup>16, 23</sup>, desde el año 2005.

Dentro del Programa de Salud Cardiovascular, una persona con diabetes mellitus tipo II, considerada como patología GES, tiene el derecho a: diagnóstico dentro de 45 días, tratamiento, insulina y curaciones y atención con especialista<sup>51</sup> (Anexo 6.5).

En éste tipo de usuarios es necesario entregar una amplia gama de cuidados, pues son personas que deben adaptarse a un estilo de vida totalmente distinto al que estaban acostumbrados a llevar<sup>24</sup>, por lo tanto, es de gran importancia que las atenciones sean personalizadas y con todo el compromiso y empatía del equipo de profesionales de la salud en el nivel primario de atención.

**Joyce Travelbee** (1926-1973), enfermera, teórica y docente de enfermería psiquiátrica, establece en su **Modelo de la Relación Persona a Persona** (Anexo 6.6) que el propósito de la enfermería es ayudar a las personas, las familias o las comunidades a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento<sup>35</sup>. Como la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo y eventos mórbidos relacionados con las complicaciones, disminución en la calidad de vida y aumento de los costos económicos en tratamiento<sup>23</sup>, es necesario preocuparse del usuario diabético que necesita atención, servicios y asistencia de otros seres humanos quienes, se supone, son capaces de prestar los cuidados necesarios, según Travelbee, profesionales de enfermería<sup>35</sup>.

En su modelo, la teórica establece la relación persona a persona, como una interacción entre la enfermera y el usuario, donde existe una serie de experiencias entre ellos, enfocados hacia la satisfacción de las necesidades de enfermería que presentan estos individuos<sup>35</sup>.

Travelbee menciona que: *“la condición humana y las experiencias vitales por las que atraviesan todos los seres humanos, como el sufrimiento, la esperanza, el dolor y la enfermedad son elementos esenciales para construir las percepciones que se obtienen del sistema de salud que recibe”*<sup>35</sup>, por otro lado, si nos enfocamos a las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y el

usuario, y a su vez en las percepciones de éste último, Joyce Travelbee lo define como *“cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada”*<sup>35</sup>. Considerando lo anterior, se puede definir **Percepciones** del usuario<sup>10</sup>, refiriéndose a cómo el usuario estima que la organización está cumpliendo con la entrega de un servicio, de acuerdo a lo que éste valora. Siempre las percepciones deben considerarse en relación con las expectativas.

Esta teoría nos demuestra que los usuarios tienen expectativas claras de lo que necesitan de la atención de salud y que la percepción de ésta atención puede variar de acuerdo a la calidad de la relación interpersonal, del proceso de comprensión psicológica como la empatía que demuestre el profesional, del deseo que existe de ayudar a una persona sometida a estrés, a través de la simpatía y la compenetración con el usuario para comprender sus actitudes.

Las experiencias de Travelbee, durante su formación en enfermería y sus primeras prácticas en instituciones católicas de caridad, tuvieron una gran influencia en el desarrollo de su modelo. Esta teorista opinaba que: *“los cuidados de enfermería suministrados a los pacientes de las instituciones de salud no estaban guiados por la compasión. La enfermería precisaba de una revolución humanística, que la centrara de nuevo en su función asistencial, en la atención y apoyo a las personas enfermas”*, y predijo que, *“si no tenía lugar ésta revolución, los pacientes terminarían por solicitar los servicios de una clase nueva y diferente de personales sanitarios”*<sup>35</sup>. A raíz de esto, es importante considerar que el usuario debe ser atendido en un contexto interpersonal agradable y en una relación de confianza con el profesional de enfermería, para lograr que sus expectativas sean satisfechas.

Dentro de éste contexto, se puede definir **Expectativas** como lo que el usuario espera que sea el servicio que entrega una organización<sup>10</sup>. Esta expectativa se forma básicamente por la composición del servicio esperado, los antecedentes de los servicios esperados, los antecedentes del servicio adecuado

y los antecedentes compartidos, tanto por los servicios previstos, como deseados. El conocimiento de las expectativas del usuario constituye el primer paso, y probablemente el más importante, para alcanzar un servicio de calidad.

A partir de aquí puede surgir una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio. Las expectativas de los usuarios de hoy están determinadas por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales, por lo tanto, no todos los usuarios poseen las mismas expectativas del cuidado que brinda nuestra profesión, muchas veces esta subjetividad varía según el contexto físico, psicológico, social y espiritual, generando la inquietud de cómo podríamos abordar estas diferencias y entregar un servicio de calidad para todos los usuarios.

Travelbee afirmaba que el propósito de ésta profesión era ayudar a las personas, dándole sentido a sus experiencias, considerando que las expectativas del usuario nacen de ellas y se basan en lo que éste espera de una atención integral, con un enfoque biopsicosocial y espiritual<sup>35</sup>.

El modelo de relación de persona a persona se basa principalmente en el nivel de encuentro que posee el profesional de enfermería y el paciente, viéndose afectado por un proceso de interacción que comprende el encuentro principal, la revelación de identidades, la empatía, la simpatía y finalmente la compenetración (Anexo 6.7). Una vez que las percepciones han alcanzado las expectativas del usuario, estos niveles se van cerrando hasta lograr la compenetración y enlace final entre el profesional de enfermería y el usuario, por lo tanto, se alcanza una atención de calidad.

### **Calidad de la Atención**

Calidad es un término definido desde muchas perspectivas, así por ejemplo, para el ilustre filósofo y médico, Philip B. Crosby (1979) Calidad es “*conformidad con las especificaciones*”<sup>52</sup>, para el ingeniero textil y estadístico, Gen`ichi Taguchi (1995) es “*producir los bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad*”<sup>53</sup> y para Trifus (1996) es “*dar al cliente aquello que espera*”<sup>25</sup>.



Es indiscutible que el concepto de calidad siempre se ha ligado a las empresas industriales, ya que en éstas se produjeron las primeras reformas en calidad. Ahora, conforme a las nuevas necesidades de la reforma de salud en Chile y a los cambios en la sociedad, se hizo necesario incorporar éste concepto a la producción de servicios en salud, con el fin de mejorar la atención y lograr una alta calidad técnica de los productos y servicios que se otorgan, tarea que no ha sido fácil, dada la gran diversidad de productos que entregan los servicios de salud. Así, hoy en día, un centro de atención, se puede considerar una empresa que entrega productos y servicios, en este caso, de salud<sup>42</sup>.

Este cambio de paradigma en salud se viene desarrollando hace muchos años, remontándose al siglo XIX, donde se encuentran los trabajos realizados por Florence Nightingale sobre las mediciones de la efectividad en la atención sanitaria, a través de estudios de estadísticas hospitalarias y tasas de morbimortalidad, comenzadas en el año 1854<sup>26</sup>.

En el año 1947, se formó la Organización Internacional de Estandarización (ISO en sigla inglés), la cual elaboró las normas ISO 9004 y 9004/2, que sirvieron de guía para el desarrollo de un sistema de aseguramiento de la calidad que, posteriormente, paso a llamarse “sistema de gestión de la calidad”<sup>42</sup>.

Hacia el año 1966, el profesor y médico Libanés, Avedis Donabedian<sup>48</sup>, considerado el “padre de la calidad”, define la calidad de la atención como *“el tipo de atención que se espera, que 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”*<sup>27</sup>.

Enfermería toma parte de todos éstos cambios, destacándose M. Phaneuf en 1972, quien realizó el primer estudio de calidad de cuidados sobre el desarrollo de un método de auditoría en enfermería<sup>28</sup>. Un año más tarde, la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) publicó las “Normas de Garantía de la Calidad de los Cuidados de Enfermería”<sup>26</sup>.

En la iniciativa de la OMS “Salud para todos en el siglo XXI”, aprobada en mayo de 1998<sup>49</sup>, se establecen las prioridades globales para las dos primeras

décadas del siglo XXI. Este concepto surge de la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1977 y es lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata, en 1978<sup>49</sup>. Dentro de ésta política, uno de sus objetivos define la calidad sanitaria como *“la medida en la que la atención sanitaria proporcionada en un marco económico determinado permite alcanzar los resultados más favorables, al equilibrar riesgo y beneficio”*<sup>29</sup>.

En Chile, hacia 1991, el Ministerio de Salud adopta la definición de calidad de atención, adaptada de la definición de la Dra. Heather Palmer, como: *“La provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario”*<sup>42</sup>.

Posteriormente, se incorporan en las distintas organizaciones de salud, variadas comisiones, tanto internas como externas, que velan por el cumplimiento y la valoración de la calidad. Para éste fin, en Chile, la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud crea el Departamento de Calidad y Seguridad, que tiene como misión: *“desplegar las políticas nacionales de calidad y seguridad del paciente en el sector salud, facilitando el desarrollo de competencias, planes y programas en las diferentes organizaciones de salud de manera permanente. Lo anterior con la finalidad que se otorguen prestaciones de salud con calidad y seguridad a la población en Chile”*<sup>30</sup>. Más tarde, bajo el mismo alero se crea el Comité Nacional de Calidad de Salud, en el año 2008<sup>31</sup>.

Los autores citados y muchos otros más que definen la calidad de atención en salud, coinciden en que se deben considerar al menos las dimensiones de accesibilidad, equidad, competencia profesional, satisfacción usuaria, efectividad, eficiencia, eficacia, seguridad, comodidades-amenidades o confort, continuidad, oportunidad, privacidad y confidencialidad, para poder definir calidad y guiar las acciones de los programas, políticas, establecimientos y equipos de salud<sup>42</sup>.

Sumándose a esto, cabe destacar que, una de las aristas importantes en la evolución de la calidad es su evaluación, pues, pasó de planteamientos generados internamente en la organización, a ser evaluada desde el punto de vista del usuario, con el fin de satisfacer sus deseos<sup>26</sup>.

## **Escala multidimensional SERVQUAL**

La escala multidimensional Service Quality (SERVQUAL) o Modelo de Calidad de Servicios (*Anexo 6.8*), se refiere a una escala de múltiples elementos para medir la calidad del servicio percibida por el cliente o usuario<sup>33</sup>. Fue desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry<sup>10</sup>. Estos autores plantearon la medición de la calidad de servicio percibido como el “*grado de discrepancia entre las percepciones y las expectativas de los consumidores*”, entendiéndose así, la percepción de calidad mediante el desajuste entre el servicio esperado y el servicio percibido<sup>33</sup>.

Esta escala se centra en la diferencia que existe entre las expectativas y percepciones del cliente, donde las expectativas reflejan la experiencia que el cliente ha obtenido y las percepciones muestran la forma en que se recibe el servicio.

La idea central de SERVQUAL es lograr que una organización proveedora de un servicio pueda llegar a satisfacer a sus usuarios. Según el Servicio de Salud de Chiloé, del Ministerio de Salud de Chile<sup>54</sup>, se entiende por satisfacción del usuario a “*la expresión de las diferencias entre la expectativa que se tiene de un servicio y lo que efectivamente se recibe como servicio*”<sup>54</sup>. Por lo tanto, los autores de ésta escala o modelo establecen que la satisfacción se alcanza, por una parte, cuando se tiene la capacidad de cerrar la brecha que existe entre lo que espera el usuario de un servicio y lo que recibe en realidad, es decir entre sus expectativas y percepciones, y, por otra parte, cuando se logra atacar y mejorar dentro de la organización, las causas que originan la brecha del usuario. También, sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los clientes y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de calidad del servicio, y la brecha existente entre ambas, un indicador para mejorar<sup>10</sup>.

Esta escala ha experimentado mejoras por sus propios autores, de donde, también, ha sido denominado Modelo de las Deficiencias o Gaps (*Anexo 6.9*), entendiéndose como Gaps o deficiencia a “*la diferencia entre lo que se debe hacer y*

lo que realmente se hace, y que es percibido por el cliente como una no conformidad en relación con sus expectativas<sup>34</sup>. De éste modelo, se destaca el Gaps nº5 como el más importante al momento de medir calidad, puesto que resulta fundamental para lograr una opinión de excelente calidad de servicio, el hecho de satisfacer o exceder los deseos de servicio del cliente. También ha sufrido revisiones y ha sido validada en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios, en Junio de 1992<sup>32</sup>. La escala SERVQUAL resulta útil para medir<sup>10</sup>:

- La clasificación de calidad global del establecimiento.
- Lo que desean los clientes o usuarios de la organización.
- Lo que perciben los clientes o usuarios de la organización.
- Las brechas de insatisfacción específicas.
- Ordena los defectos de la calidad desde el más grave y urgente hasta el menos complejo.

### **Dimensiones de SERVQUAL**

Debido a que las necesidades son dinámicas y dependen de un conjunto de factores internos y externos, la medición de SERVQUAL presenta el déficit de calidad de servicio, indicando ciertas dimensiones en las cuales una organización está fallando y debe trabajar para mejorar. En la actualidad, estas dimensiones son cinco y se utilizan para juzgar la calidad de los servicios entregados por una organización. Las dimensiones para medir la calidad, según el modelo SERVQUAL son: Bienes materiales o tangibles, Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad y Empatía<sup>10, 33</sup> (*Anexo 6.10*).

En base a estas cinco dimensiones mencionadas se estructuran tres instrumentos de evaluación, que en conjunto, entregan la calidad de servicio para el cliente (*Anexo 6.11*).

## **El modelo de las brechas de la calidad de servicio**

La escala multidimensional SERVQUAL se asocia al “Modelo de las brechas sobre la calidad en el servicio”, desarrollado por Valerie A. Zeithaml y Mary Jo Bitner<sup>10</sup>.

La idea central de éste modelo es que las organizaciones que satisfacen a sus clientes y establecen relaciones de largo plazo con ellos, sean capaces de cerrar la brecha que existe entre lo que espera el cliente y lo que recibe.

Este modelo cuenta con dos tipos de brechas: la brecha absoluta y la brecha relativa de calidad<sup>10, 33</sup>.

La brecha absoluta de calidad<sup>10, 33</sup>, es denominada “la brecha del cliente”, corresponde al vacío que existe entre las percepciones y expectativas del usuario. Esta brecha sitúa todas las dimensiones y aspectos puntuales o ítems contenidos en ellas, en un mismo plano de importancia, por lo que los resultados obtenidos en ésta medición no ayudan a priorizar los aspectos que requieren más atención, ni identificar los que son prioritarios para el cliente, solo permite calcular si existe o no satisfacción con el servicio otorgado.

Por otra parte, la brecha relativa de calidad<sup>10, 33</sup>, denominada “la brecha del proveedor del servicio o la causa que origina la brecha del cliente”, viene a solucionar el problema anterior, es decir, ésta brecha es la que indica qué elementos le resultan más importantes a los usuarios para sentirse satisfechos con la calidad del servicio. A través de ella se pueden obtener información para crear indicadores que permitan asignar recursos y esfuerzos prioritariamente a las dimensiones o áreas donde hayan falencias, seleccionar el diseño del servicio correcto, entregar un servicio con los estándares adecuados, igualar el desempeño con las promesas, todo esto para mejorar la calidad y alcanzar la satisfacción de los usuarios.

## **Escala ESOMAR para Chile**

ESOMAR<sup>41</sup> (*European Society for Opinion and Marketing Research*) fue fundada en el año 1948. La “Sociedad europea de opinión e investigación de

mercados” es la organización mundial que regulariza y permite mejores investigaciones de los mercados, de los consumidores, así como también, de las sociedades.

En 1997, ESOMAR propone una “Matriz de Clasificación Socioeconómica”<sup>41</sup> (*Anexo 6.12*) para utilizar de forma estándar en los estudios internacionales. Esta matriz se trata de dos versiones distintas; una para los jefes de hogar laboralmente activos y, una segunda versión, que permite clasificar a los jefes de hogar no activos.

Para los jefes de hogar laboralmente activos, ESOMAR considera la medición de sólo dos variables: nivel de educación alcanzado por el principal sostenedor del hogar (*Anexo 6.13*) y la categoría ocupacional del principal sostenedor del hogar<sup>41</sup> (*Anexo 6.14*). Ambas variables se combinan en la matriz, la que determina el Nivel Socioeconómico de cada familia generando seis grupos desde el nivel bajo al muy alto<sup>41</sup> (*Anexo 6.15*).

La matriz es incluyente, en el sentido que considera todas las posibles combinaciones de valores, aunque algunas de ellas son muy poco probables.

Para los jefes de hogar no activos, no es posible aplicar la matriz anterior. Principalmente se da en el caso de los jubilados y desempleados. Para esto, ESOMAR considera la matriz de bienes (*Anexo 6.16*), que se constituye por un conjunto de seis bienes de equipamiento presentes o no en el hogar, que van a determinar el nivel socioeconómico (*Anexo 6.17*).

## 1.5 Marco Empírico

▪ Arnaldo Jélvez C. y col., Departamento de Economía y finanzas, Facultad de ciencias e Ingeniería, Universidad del Bío-Bío, Concepción, Chile, año 2010, en su artículo de revista “*Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile*”<sup>36</sup>.

Este trabajo de estimación de la calidad de servicio del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Paulina Avendaño Pereda, en Talcahuano, Chile, entre julio y agosto del año 2009, utilizando el modelo SERVQUAL.

El cuestionario comprende las expectativas y percepciones de los usuarios respecto a la calidad del servicio, de acuerdo a cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles, considerando la medición de la puntuación en una escala likert de 1 a 5 puntos. De acuerdo a la escala SERVQUAL, se evaluaron las brechas absolutas y relativas de cada ítem por dimensión.

Se utilizó un muestreo aleatorio simple, con un tamaño muestral de 145 encuestas, para un nivel de confianza del 95%. El error muestral obtenido fue de 8,2%. El 77% de los encuestados eran mujeres y el 23% hombres. Con respecto al nivel de escolaridad, un 42,8% había completado la enseñanza media y un 13% tenía educación Universitaria y/o técnica completa.

Los resultados de la calidad del servicio del CESFAM, se analizaron en forma global y por dimensión.

El promedio global para las expectativas de los usuarios encuestados resultó ser de 4,28, de un máximo de 5 puntos, es decir, que esperan recibir un servicio muy bueno. La dimensión Confiabilidad fue la que presentó el nivel más alto de expectativas, con 4,31 puntos, en comparación con las otras dimensiones.

El promedio global para las percepciones de los usuarios encuestados resultó ser de 3,86, de un máximo de 5 puntos, es decir, el servicio recibido no superó las expectativas de los usuarios. La dimensión Responsabilidad fue la que presentó las percepciones más bajas, alcanzando un promedio de 3,70 puntos.

Por el contrario, la dimensión Empatía fue la que presentó las percepciones más altas, con un promedio de 3,98 puntos.

Para obtener las puntuaciones SERVQUAL o brechas absolutas entre la calidad esperada y la calidad percibida de cada ítem del cuestionario, se utilizó el promedio de cada uno y, posteriormente, se calculó la diferencia entre los ítems de percepciones y los de expectativas.

La dimensión Responsabilidad fue la que obtuvo la mayor brecha, con un valor de -0,6, es decir, que los pacientes esperan que los funcionarios tengan mayor disponibilidad para otorgar la atención. En segundo lugar, estaba la dimensión Tangible, con una brecha de -0,57, es decir, que los usuarios esperan mejor apariencia de las instalaciones y equipos modernos, y que los horarios sean más convenientes. La dimensión Empatía obtuvo la menor brecha, con un valor de -0,21, vale decir que, lo que los usuarios esperan de una atención individualizada con un trato digno, no está tan distante de lo que reciben en realidad.

En relación a la importancia de las dimensiones, la más importante para los usuarios fue la dimensión Responsabilidad, seguido de Confiabilidad. La dimensión Tangible fue la que obtuvo la menor importancia.

▪ Carolina Cáceres V., Marisol Mejías L. Carrera Ingeniería Comercial mención Administración, Escuela de Administración, Universidad de Talca, Chile, año 2005, en su memoria *“Medición de la calidad del servicio en la atención primaria de salud en la ciudad de Linares”*<sup>37</sup>.

Se estudió la calidad del servicio entregado a los usuarios del servicio de atención primaria de salud de la ciudad de Linares. Se realizó una encuesta a 118 usuarios, seleccionados aleatoriamente entre los meses de enero y junio del año 2005.

Se estudió la percepción de la calidad por parte de los usuarios, en contraste con las expectativas que tienen del servicio, a través del instrumento SERVQUAL modificado para dicho estudio.



Se realizó un análisis factorial, a través del software SPSS, el cual arrojó 6 factores relevantes para el estudio: Factor 1 “Responsabilidad en la Atención”, Factor 2 “Infraestructura y Atención Informada”, Factor 3 “Tratamientos Oportunos”, Factor 4 “Personal Eficiente”, Factor 5 “Atención Medica” y Factor 6 “Nivel de Atención”.

Al analizar cada factor, se pudo concluir que el mejor evaluado resultó ser el Factor 3 “Tratamientos oportunos”, el cual obtuvo una puntuación de 5,0, en una escala de 1 a 7. Este valor se encontraba bajo el nivel mínimo aceptado de 5,4. Dentro del mismo factor, la variable mejor evaluada fue “Medicamentos y tratamientos”, con una puntuación de 4,8, también bajo el nivel mínimo aceptado.

El factor peor evaluado fue el Factor 1 “Responsabilidad de la atención”, que presenta una puntuación de 4,2, en una escala de 1 a 7. Este valor lo deja bajo el nivel mínimo aceptado de 5,5. Dentro del mismo factor, la variable peor evaluada fue “Número suficiente de médicos”, con una puntuación de 3,2, también bajo el nivel mínimo aceptado, de 5,6.

Se concluyó que los usuarios del Servicio de Atención Primaria de Salud otorgaron la mayor importancia a “La disposición de atención del personal médico”, seguido de “Duración de la consulta médica”. El atributo menos valorado fue “Salas de Espera Cómodas”, de donde se puede inferir que los usuarios están dispuestos a esperar en salas menos cómodas, con tal de contar con voluntad de atención por el personal médico y la consulta pueda durar más tiempo.

▪ Guillermo Casalino C., Departamento de Medicina, Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima Profesor asociado, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Año 2008, en su artículo de revista “*Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual*”<sup>38</sup>.

El objetivo de éste estudio era determinar la calidad de servicio en los consultorios externos de medicina interna de un hospital general, según la satisfacción percibida por los usuarios. Fueron encuestados 248 usuarios de los

consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, seleccionados a través de muestreo aleatorio sistemático. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL modificado, que mide el nivel de satisfacción del usuario mediante la diferencia entre las expectativas y las percepciones.

De los resultados se puede apreciar que, el 66,9% de la muestra (n=166), corresponde a mujeres, el 85,48% tenía edades entre 20 y 64 años, el 97,98% pertenecía al estrato social bajo, el 53,23% de los casos poseía educación media, procedían de zonas urbanas próximas al hospital y el 84,68% no tenía cobertura de seguro de salud.

El estudio de la satisfacción global presentó una insatisfacción global con el servicio por parte de los usuarios y, según las dimensiones de la calidad global, se mostró que existía insatisfacción de un 55,24% en la dimensión Confiabilidad, 52,42% en la dimensión Tangibles, 47,66% en Seguridad, 43,95% en Respuesta Rápida y 41,53% en Empatía.

▪ Rosa Sangiovanni, Magíster en Administración de Servicios de Enfermería de la Universidad de la República en Uruguay, año 2004, en su tesis de maestría *“Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de enfermería en centros de primer nivel de atención del ministerio de salud pública”*<sup>39</sup>.

El objetivo de éste estudio fue determinar el grado de satisfacción de los usuarios asistidos por el equipo de enfermería, en los centros de primer nivel de atención del Ministerio de Salud, durante el año 2004, como indicador de mejora de la calidad de los servicios y como contribución al cambio de modelo de atención brindada.

Este estudio consideró a usuarios que reciben atención por parte del Equipo de Enfermería en los Programas de captación del Recién nacido y seguimiento del lactante menor de un año, embarazo normal (bajo riesgo), embarazo adolescente y usuarios con patologías crónicas (hipertensión y diabetes), que se llevan a cabo en los Centros de Primer Nivel de Atención dependientes del Ministerio de Salud.

Se realizó un muestreo aleatorio, seleccionando los encuestados por sorteo. Se estimó el tamaño muestral por método estadístico informático EPI INFO 6.0 para un total de 384.000 usuarios. Se tomó una prevalencia de usuarios satisfechos de 90%, basada en datos de estudios internacionales previos, con un nivel de confianza de 95%, siendo necesaria una muestra de 710 usuarios del total de la población, que recibieron atención del equipo de enfermería en los programas y centros seleccionados durante un año.

En la totalidad de la población asistida, un 88,6% correspondía al sexo femenino (n=629) y un 11,4% al sexo masculino (n=81).

Para todos los casos y todos los programas, se observaron resultados promedio entre 4 y 5 puntos. En ninguna situación los ítems se situaron por debajo de 3 puntos, lo cual indica máxima satisfacción con respecto a los servicios brindados por el equipo de enfermería, ubicando a la población en los niveles máximos de acuerdo altamente favorables. Estos niveles se alcanzan cuando existe un servicio de enfermería que mantiene una estrecha relación asistencial con el usuario.

▪ Dr. S.P. Ana M. Salinas Martínez del Instituto Mexicano del Seguro Social en Nuevo León, México, año 1999, con su estudio *“Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención”*<sup>40</sup>.

Este estudio determina la magnitud y jerarquía de la necesidad de salud satisfecha del diabético tipo II, en el año 1999.

Fueron entrevistados, al azar, 256 diabéticos tipo II, con dos o más años de diagnóstico, con representatividad rural y urbana.

Se evaluaron cinco áreas de la salud del diabético, según su estado de salud actual, la necesidad sentida por mejorar su estado de salud y la accesibilidad a los servicios requeridos para satisfacer dicha área de la salud (disponibilidad, barreras al acceso y utilización), con base en indicadores y estándares de atención al diabético recomendados por la normativa de la institución, la Norma Oficial

Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria, y la Asociación Americana de Diabetes.

El 68% de los encuestados correspondía al género femenino, el 80,9% era casado o en unión libre, el 65% no presentaba escolaridad terminada y 27,3% tenía educación primaria completa. El 62,1% se dedicaba a los quehaceres del hogar, el 20,7% era empleado y el 17,2% restante era jubilado, pensionado o desempleado.

El promedio de edad fue de 58,5 años y del tiempo de evolución 10,3 años.

Se registró una media de satisfacción global de necesidades de salud de 48.8%. En la zona rural, la media de satisfacción fue menor que en la urbana (36.8% y 53.3%, respectivamente). El área de la salud nutricional resultó ser la más afectada (puntaje = -6), seguida por la conductual de práctica de ejercicio (puntaje = -1), la metabólica (puntaje = +1), la conductual de no tabaquismo (puntaje = +2), la prevención y detección oportuna de complicaciones (puntaje = +2), y la cognoscitiva (puntaje = +3).

La medición de las necesidades de salud permite la evaluación del impacto de intervenciones vigentes, así como la identificación de rubros con mayor necesidad o requerimiento de salud, fortaleciendo así el análisis y la toma de decisiones orientadas a encontrar opciones específicas de solución.

▪ R.J. Gallego Fuentes, Diplomado Universitario en Enfermería Centro de Salud de Oliva de la Frontera, España, año 2002 *“Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria”*<sup>55</sup>.

Estudio descriptivo de tipo transversal, con una muestra de 342 diabéticos tipo II, mediante el cual se evaluó la calidad de la atención prestada a los pacientes diabéticos tipo II en un Centro de Salud, con el fin de determinar los puntos a mejorar en la atención.

La muestra se obtuvo de los diabéticos tipo II con historia clínica abierta, mediante un muestreo aleatorio simple, seleccionando una de cada tres historias y

analizando los indicadores de calidad propuestos por el GEDAPS (Grupo de Estudios de la Diabetes en Atención Primaria de Salud) en el programa informático diseñado por éste grupo.

La población en estudio estaba compuesta por un 31,6% de hombres (n=108) y un 68,42% de mujeres (n=234).

Respecto a la edad, el 69% de la población eran mayores de 65 años (n=236). Y la edad media de estos pacientes era de 69,2 años.

Un alto porcentaje no tiene datos de estudio de exploración renal, fondo de ojo y hemoglobina glicosilada. La Presión arterial y el pie diabético son las variables mejor controladas.

Se concluyó que, según los indicadores de calidad, se encontraron deficiencias que hay que perfeccionar, como la determinación de hemoglobina, albuminuria, realización de fondo de ojo, mejorar los niveles de colesterol, HDL y hemoglobina glicosilada.

## **1.6 Propósito de la Investigación**

Determinar la calidad de la atención de enfermería y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

## **1.7 Objetivos generales y específicos**

### **Objetivo general 1:**

Describir los antecedentes sociodemográficos de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

#### *Objetivos específicos:*

1. Determinar la edad de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán,
2. Identificar el sexo de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.
3. Conocer la escolaridad de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.
4. Determinar la actividad laboral de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.
5. Identificar el nivel socioeconómico de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### **Objetivo general 2:**

Determinar la calidad de la atención de enfermería en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

#### *Objetivos específicos:*

1. Identificar las percepciones de la calidad de la atención de enfermería por dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.
2. Identificar las expectativas de la calidad de la atención de enfermería por dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

3. Establecer las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería, tanto para las dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

4. Identificar la importancia de las dimensiones de la calidad de la atención de enfermería, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

5. Establecer las brechas relativas de calidad de la atención de enfermería, tanto para las dimensiones e ítems, según la Escala SERVQUAL modificada, en usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### **Objetivo general 3:**

Describir las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería, con los antecedentes sociodemográficos de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

#### *Objetivos específicos:*

1. Describir la edad de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán con las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería.

2. Describir el sexo de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán con las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería.

3. Describir el nivel socioeconómico de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al PSCV del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán con las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería.



## 1.8 Listado de variables

### **Variables de estudio** (Anexo 6.1):

1. Calidad de la atención de enfermería.
  
2. Antecedentes sociodemográficos:
  - Edad del usuario diabético tipo II.
  - Sexo del usuario diabético tipo II.
  - Escolaridad del usuario diabético tipo II.
  - Actividad laboral actual del usuario diabético tipo II.
  - Nivel socioeconómico del usuario diabético tipo II.

## **II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.1 Tipo de diseño**

El diseño utilizado en ésta investigación es de tipo descriptivo de corte transversal.

### **2.2 Universo y Muestra**

Universo constituido por 574 usuarios diabéticos tipo I y II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán hasta el mes de enero del año 2011. De acuerdo a los criterios inclusión se fue discriminando la muestra de estudio.

La muestra fue seleccionada con un intervalo de confianza de un 95%, con un error de estimación de un 4,8 %, para 211 usuarios diabéticos adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### **2.3 Diseño de muestreo**

Se seleccionaron a los sujetos de estudio mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple.

### **2.4 Unidad de análisis**

Usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

### **2.5 Criterios de inclusión**

- Usuarios diabéticos tipo II.
- Con o sin patologías asociadas.
- Edad > 0 = a 18 años.
- Hombres y mujeres.
- Alfabetizados.

- Adheridos hace más de 2 años al CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.
- Asistentes a los últimos 2 controles por enfermera.

## **2.6 Aspectos éticos**

Para realizar la investigación se envió una carta para solicitar autorización al CESFAM Isabel Riquelme, ubicado en la ciudad de Chillán, Avenida O'Higgins N°1661, dando a conocer el título de la investigación, el propósito y los objetivos de ésta y solicitando la colaboración para la obtención de datos de los sujetos de estudio a la Directora del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, la señora Cristina Lermada, con previa aprobación de la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad del Bío Bío, la señora Elena Espinoza Lavoz.

Una vez aceptada la solicitud, se inició el levantamiento de datos previo consentimiento informado por escrito a cada uno de los participantes del estudio (*Anexo 6.18*), en donde se les explicó el propósito, garantizando la voluntariedad, confidencialidad de la información y anonimato de la fuente, respetando el derecho a la información durante todo el proceso de recolección de los datos. Luego de haber leído, comprendido y aceptado la participación en el estudio, firmaron el documento de consentimiento informado.

## **2.7 Recolección de datos**

Los datos fueron obtenidos durante el período comprendido entre los días 15 y 29 de abril del año 2011, a través de entrevistas individuales a la muestra descrita.

Para acceder a la fuente secundaria se consiguió acceso a la agenda de controles de morbilidad de las enfermeras de cada sector del CESFAM, con el objetivo de seleccionar a los usuarios diabéticos tipo II que cumplieran los criterios de inclusión propuestos para éste estudio.

Se identificó al sujeto de estudio en la sala de espera, y, luego de haber aceptado participar voluntariamente, se procedió a recoger antecedentes generales y aplicar el instrumento SERVQUAL modificado.

## 2.8 Descripción instrumento recolector

Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos:

### 1. Cuestionario de Antecedentes Generales del Usuario/a:

Elaborado por los autores de la investigación, el cual consta de cuatro preguntas, tres son abiertas y una cerrada dicotómica.

La totalidad de las preguntas están relacionadas con las variables de estratificación. (*Anexo 6.19*)

### 2. Escala ESOMAR para Chile:

Fue utilizada para medir el nivel socioeconómico, en base al cruce de la actividad laboral actual y la escolaridad del jefe de hogar. (*Anexo 6.12*)

### 3. Escala SERVQUAL modificada:

Los autores de ésta investigación eligieron la Escala multidimensional SERVQUAL (*Anexo 6.20*) para evaluar la calidad de la atención de enfermería, ya que, éste instrumento permite determinar y analizar la calidad de servicios, de acuerdo a cinco dimensiones (Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad, Empatía y Bienes materiales o tangibles), con sus respectivos ítems. Por otro lado, es un instrumento ampliamente conocido, validado e implementado en áreas económicas<sup>43</sup>, de educación<sup>44</sup>, de transporte<sup>45</sup>, de salud<sup>46, 47</sup>, entre otras. Además, fue aprobado a nivel mundial como un buen método de evaluación de la calidad de servicios, según la perspectiva del usuario<sup>33</sup>.

En base a la escala SERVQUAL original, los autores de ésta investigación realizaron modificaciones de acuerdo al propósito del estudio, de donde se obtuvo una Escala SERVQUAL modificada, la que fue validada por medio de juicio de expertos. Esta nueva escala cuenta con cuatro de las cinco dimensiones que incluye la escala original (Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad y Empatía). La quinta dimensión (Bienes materiales o tangibles) se eliminó, ya que no era

relevante para la medición de calidad de la atención de enfermería en este estudio.

La escala SERVQUAL modificada se constituyó de un cuestionario para “**percepciones**” y otro para “**expectativas**”, con trece preguntas o ítems cada uno, basados en las 4 dimensiones en estudio. Además, incluyó un cuestionario sobre “la Importancia de cada dimensión”.

Los ítems de cada dimensión fueron adecuados para la mejor comprensión por los usuarios. Además, el sistema de puntuación de cada ítem fue modificado a una escala likert de 1 a 5 puntos, siendo 1, totalmente desacuerdo y 5, totalmente de acuerdo.

El cuestionario sobre “La importancia de cada dimensión” se evaluó mediante la jerarquización de las cuatro dimensiones, en orden de prioridad para el usuario.

El modelo permite calcular la calificación SERVQUAL ponderada y no ponderada. Para poder obtener la calificación SERVQUAL no ponderada, es decir, la medición global de la calidad del servicio de manera promediada<sup>33</sup>, se debe calcular la brecha absoluta, la que se obtiene al restar el valor medio correspondiente a expectativas, sea por ítem o dimensión, con el valor medio correspondiente a percepciones<sup>10, 33</sup>.

$\bar{X} \text{ Percepciones} - \bar{X} \text{ Expectativas} = \text{Brecha Absoluta de Calidad}$
---

Si el valor final resulta ser negativo, indica que las percepciones están bajo las expectativas (Percepciones<Expectativas), por lo tanto, no se cumple con las expectativas de los usuarios, la calidad del servicio es baja y existe insatisfacción; si el valor final resulta ser positivo, indica que las percepciones superan a las expectativas (Percepciones>Expectativas), por lo tanto, la calidad del servicio es alta y existe satisfacción; ahora bien, si el valor final es igual a cero, las percepciones son iguales a las expectativas (Percepciones=Expectativas), por lo tanto, la calidad del servicio es modesta.

Para obtener la clasificación SERVQUAL ponderada, es decir, la deficiencia en cada uno de los criterios o dimensiones consideradas, en base a la importancia o valor que le otorgan los usuarios, al momento de calificar globalmente a un servicio<sup>33</sup>, se debe calcular la brecha relativa, la que se obtiene mediante el producto de las brechas absolutas de calidad de cada dimensión e ítems y el porcentaje de importancia de las dimensiones<sup>10, 33</sup>.

Brecha Absoluta de Calidad de cada dimensión o ítems	=	Brechas Relativas de Calidad
X		
% Importancia de cada Dimensión		

De ésta forma, la brecha correspondiente se relativiza en importancia y de ella se obtienen indicadores que permiten asignar recursos y esfuerzos a cada dimensión, priorizadamente, con el fin de mejorar la satisfacción de los usuarios con el servicio otorgado, según su propia opinión respecto de qué elementos le resultan más importantes<sup>10</sup>.

## 2.9 Recolectores de datos

Los datos fueron recolectados por los autores de la investigación, que previamente fueron capacitados, mediante la prueba piloto, en la metodología y en la técnica de la obtención de los datos con las competencias necesarias en la aplicación de los instrumentos a la muestra de estudio.

El primer contacto con los usuarios fue el viernes 15 de abril del 2011, entrevistándose a todos los que tenían controles de diabetes, cubriendo la agenda diaria completa de la enfermera. El último contacto fue el 29 de abril del 2011.

Los investigadores de éste estudio, se identificaron ante los usuarios con el Uniforme de Enfermería Comunitaria y las credenciales de la Universidad del Bío Bío, presentándose como alumnos tesistas de quinto año de enfermería.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue una entrevista de carácter individual, formal y semiestructurada de 10 minutos máximos.

En la entrevista, una vez presentado el investigador, se le entregó el consentimiento informado al entrevistado, explicando en consiste su participación en esta investigación. Posterior a esto, se le entregó el cuestionario, el cual debió responder, siempre en presencia del investigador para aclarar posibles dudas.

## **2.10 Prueba piloto**

Tanto el Cuestionario de Antecedentes Generales del Usuario y la Escala SERVQUAL modificada se sometieron a una validación con técnica de juicio de experto. Se escogieron a seis expertos:

- Sra. Magdalena Campos Matus, Enfermera Encargada del Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud Familiar Isabel Riquelme, Chillán.
- Sra. Sylvia Maureira Alvarez, Docente de Lenguaje y Comunicación, Escuela Libertador General Bernardo. O'Higgins, Chillán.
- Sr. Diego Hernández Márquez, Psicólogo Docente, INACAP, Chillán.
- Sr. Hernán Cordero Vargas, Asistente Social, Ilustre Municipalidad de San Nicolás.
- Sra. Patricia Letelier Sanz, Enfermera Docente, Departamento de Enfermería, Universidad del Biobío.
- Sra. Roxana Lara Jaque, Enfermera Docente, Departamento de Enfermería, Universidad del Biobío.

A todos ellos se les hizo llegar un documento en carta sellada que incluía los dos instrumentos de la investigación, más una copia del SERVQUAL original. Según sus juicios de experticia emitieron sugerencias y comentarios, con los cuales se realizaron las modificaciones correspondientes.

Luego de validar los instrumentos, el día 5 de abril del 2011, se solicitó autorización a la directora del CESFAM los Volcanes de Chillán, la señora Leyla Jardue y a la enfermera coordinadora, la señora Claudia Bravo, para aplicar la prueba piloto en aquel centro de salud.

La prueba piloto se realizó el día 8 de abril del 2011 a veintiún usuarios diabéticos tipo II del Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Los

Volcanes de Chillán, que tenían control de diabetes con enfermera/o, con el fin de detectar posibles inconsistencias en la forma de las preguntas y la manera de respuesta de los sujetos en estudio. Luego, por consenso de los autores de la investigación se realizaron los últimos ajustes, visados por la profesora guía.

## **2.11 Procesamiento de datos**

Se construyó una matriz en el programa Microsoft Excel 2003, la cual fue exportada al programa estadístico SPSS versión 17.0 en español. Se realizó un análisis exploratorio de datos para detectar posibles inconsistencias por fallas de digitación, los cuales fueron verificadas por medio de los registros en papel de la información aportada por cada sujeto de estudio.

Para las variables de tipo nominal, se describieron utilizando frecuencias observadas con sus respectivas frecuencias relativas porcentuales. Para aquellas de tipo ordinal, se le adicionó el cálculo de frecuencias acumuladas porcentuales. Con el objetivo de estudiar las variables de tipo intervalar (percepciones, expectativas y brechas de calidad para cada ítem de las cuatro dimensiones de la escala SERVQUAL modificada), se utilizó la media aritmética y no la Desviación Estándar, ya que la Escala SERVQUAL solo utiliza medias aritméticas<sup>10,33</sup>.



### III. RESULTADOS

Como se ha mencionado, la población en estudio esta conformada por 211 usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

#### 3.1 Antecedentes sociodemográficos

En la tabla 1 se observa que el tramo de 45 a 64 años concentró la mayor proporción con **65,4%** de usuarios estudiados (n=138). Además, se observa que el **88,6%** se encuentra en el tramo de edad de 18 a 64 años (n=187).

**Tabla 1**

Tramos de edad de los usuarios diabéticos tipo II.

TRAMOS DE EDAD	n	%
18 – 44 años	49	<b>23,2</b>
45 – 64 años	138	<b>65,4</b>
65 ó más años	24	11,4
<b>TOTAL</b>	211	100,0

**FUENTE:** Calidad de la atención de enfermería y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, año 2011.

\* Tramos de edad de 18 a 44 años adulto joven, de 45 a 64 años adulto y de 65 o más años adulto mayor. Clasificación según rangos de edad en unidades de Medicina en Chile<sup>57</sup>.

Respecto al sexo de los usuarios en estudio, la tabla 2 indica que el **70,6%** corresponde al sexo femenino (n=149).

**Tabla 2**  
Sexo de los usuarios diabéticos tipo II.

<b>SEXO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femenino	149	<b>70,6</b>
Masculino	62	29,4
<b>TOTAL</b>	211	100,0

**FUENTE:** Ídem 1.

En la tabla 3 se observa que el **75,8%** de la muestra presentó educación básica incompleta, básica completa y media incompleta (n=160), el **15,6%** educación media completa (n=33) y el **8,6%** educación superior completa e incompleta (n=18).

**Tabla 3**  
Escolaridad de los usuarios diabéticos tipo II.

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Educación básica incompleta o inferior	88	41,7
Básica completa	29	13,7
Media incompleta	43	20,4
Media completa	33	<b>15,6</b>
Universitaria incompleta	13	<b>6,2</b>
Universitaria completa	5	<b>2,4</b>
<b>TOTAL</b>	211	100,0

**FUENTE:** Ídem 1.

\*Clasificación según ESOMAR.

La tabla 4 indica que el **42,2%** de la muestra presentó trabajos menores ocasionales e informales (n=89), lo que sumado a la categoría “oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico con contrato” y la categoría “obrero calificado, capataz, microempresario” equivale al **91,9%** (n=194). El **8%** señaló ejecutar actividades como “empleado administrador medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección, técnico especializado, profesional independiente de carreras técnicas, profesor de primaria y secundaria” y “ejecutivo medio, profesional independiente de carreras tradicionales” (n=17).

**Tabla 4**

Actividad laboral de los usuarios diabéticos tipo II.

<b>ACTIVIDAD LABORAL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Trabajos menores ocasionales e informales*.	89	<b>42,2</b>
Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico con contrato.	75	35,5
Obrero calificado, capataz, microempresario.	30	14,2
Empleado administrador medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección, técnico especializado, profesional independiente de carreras técnicas, profesor de primaria y secundaria.	15	<b>7,1</b>
Ejecutivo medio, profesional independiente de carreras tradicionales.	2	<b>0,9</b>
<b>TOTAL</b>	211	100,0

**FUENTE:** Ídem 1.

\*Se incluye dueña de casa y jubilados.

\*Clasificación según ESOMAR.

En la tabla 5 se observa que el **43,6%** de la muestra presentó un nivel socioeconómico medio-bajo (n=92), y, sumado al nivel bajo, totaliza un **71,6%** (n=151). Y el **28,4%** esta sobre el nivel socioeconómico medio (n=60).

**Tabla 5**

Nivel socioeconómico de los usuarios diabéticos tipo II.

<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Alto	2	0,9
Medio - Alto	14	6,6
Medio	44	20,9
Medio - Bajo	92	<b>43,6</b>
Bajo	59	<b>28,0</b>
<b>TOTAL</b>	211	100,0

**FUENTE:** Ídem 1.

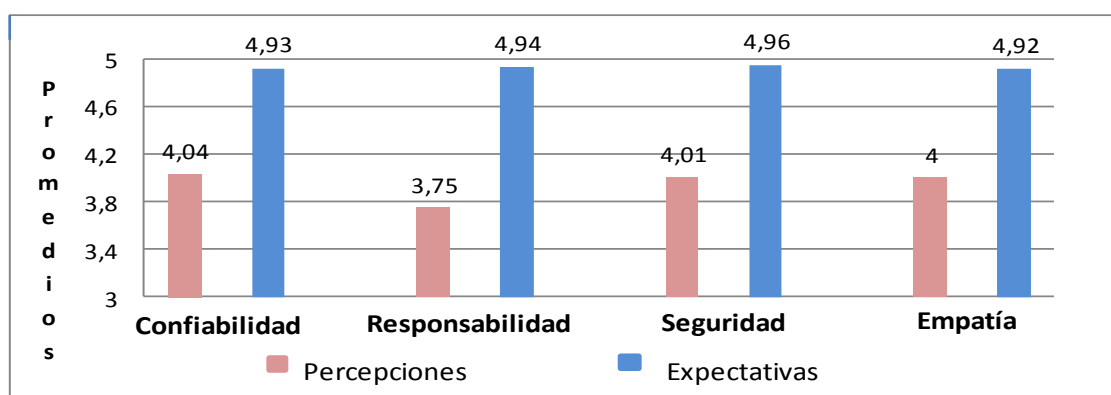
\*Clasificación según ESOMAR.

### 3.2 Percepciones y expectativas Escala SERVQUAL modificada

El gráfico 1 indica que los promedios de percepciones por dimensión, no superan a los de las expectativas. Para la dimensión Confiabilidad la percepción y expectativa fueron de **4,04** y **4,93**, respectivamente, medida en una escala de 1 a 5 puntos. Para la dimensión Responsabilidad fueron de **3,75** y **4,94**. Para la dimensión Seguridad fueron de **4,01** y **4,96**. Para la dimensión Empatía fueron de **4,0** y **4,92**.

**Gráfico 1**

Promedio global de percepciones y expectativas por dimensiones SERVQUAL modificado

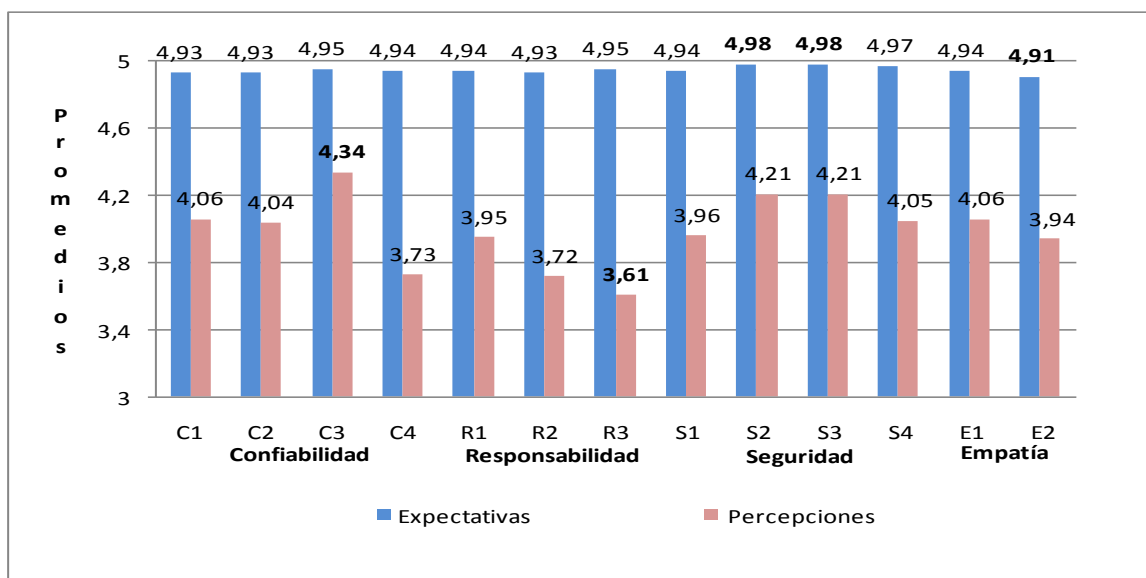


FUENTE: Ídem 1.

El gráfico 2 muestra que los promedios por ítems de percepciones oscilaron entre **3,61** y **4,34**, medidas en una escala de 1 a 5 puntos, y las expectativas entre **4,91** y **4,98**.

**Gráfico 2**

Promedio de percepciones y expectativas por ítems de las dimensiones  
SERVQUAL modificado

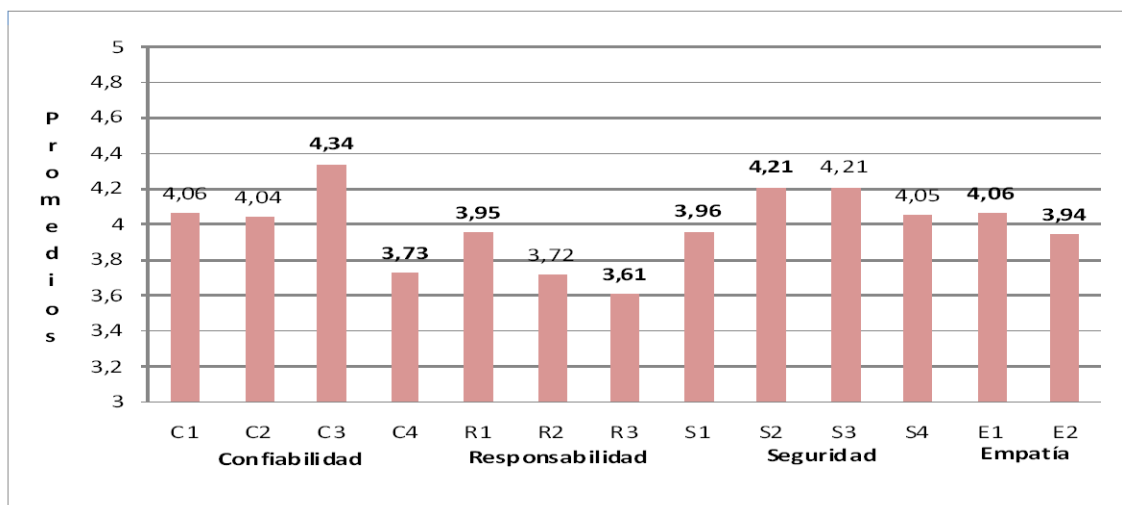


FUENTE: Ídem 1.

El gráfico 3 muestra el promedio de percepción para los ítems de las cuatro dimensiones, medidas en una escala de 1 a 5 puntos. En la dimensión Confiabilidad, para los ítems “mantener informados a los pacientes sobre su diabetes, tratamiento y metas que debe lograr” (C3) y “cumplir lo que promete en un tiempo determinado” (C4) fue de **4,34** y **3,73**, respectivamente. En la dimensión Responsabilidad, para los ítems “mostrarse siempre dispuesto a ayudar a los pacientes” (R1) y “tener siempre tiempo disponible para atender a los pacientes” (R3) fue de **3,95** y **3,61**, puntos. En la dimensión Seguridad para los ítems “tratar siempre a los pacientes con cortesía” (S2), “tener los conocimientos para responder a las consultas” (S3) fue de **4,21** en ambos, y “su comportamiento inspira confianza” (S1) fue de **3,96** puntos. En la dimensión Empatía para los ítems “brindar una atención personalizada” (E1) y “entender las necesidades específicas en el control” (E2) fue **4,06** y **3,94** respectivamente.

**Gráfico 3**

Promedio de percepciones por ítems de las dimensiones SERVQUAL modificado

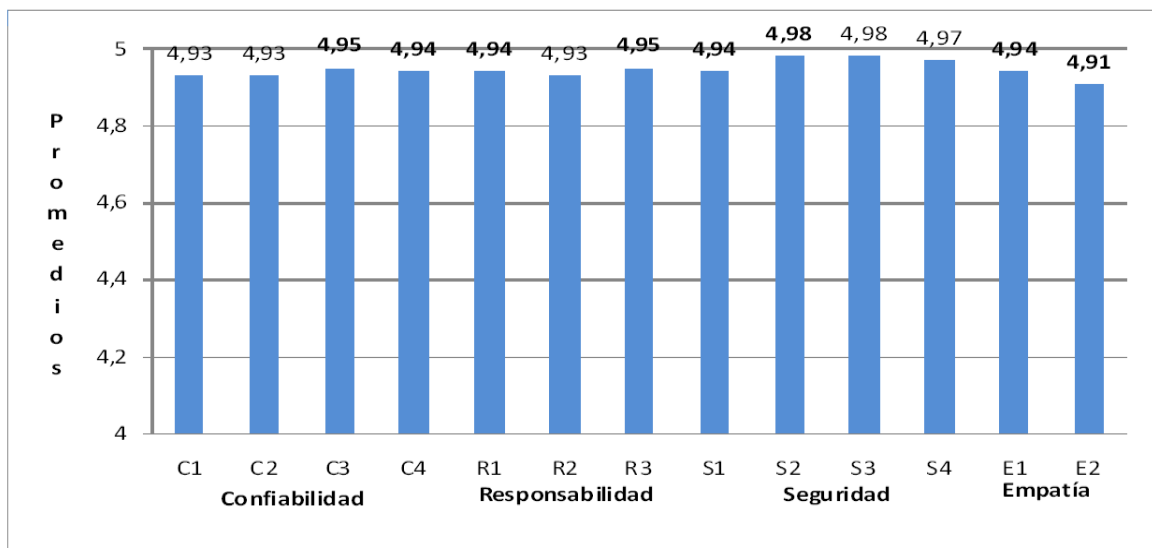


FUENTE: Ídem 1.

El gráfico 4 muestra el promedio de expectativas para los ítems de las cuatro dimensiones, medidas en una escala de 1 a 5 puntos. En la dimensión Confiabilidad, para los ítems “mantener informados a los pacientes sobre su diabetes, tratamiento y metas que debe lograr” (C3) fue de **4,95** puntos; para “mostrar sincero interés por resolver los problemas” (C1) y “proporcionar atención correcta” (C2) fue de **4,93** puntos en ambos. En la dimensión Responsabilidad, para los ítems “tener siempre tiempo disponible para atender a los pacientes” (R3) y “brindar la atención con agilidad a los pacientes” (R2) fue de **4,95** y **4,93** puntos, respectivamente. En la dimensión Seguridad, para los ítems “tratar siempre a los pacientes con cortesía” (S2) y “tener los conocimientos para responder a las consultas de los pacientes” (S3) fue de **4,98** puntos en ambos, y “su comportamiento inspira confianza” (S1) fue de **4,94** puntos. En la dimensión Empatía para los ítems “brindar una atención personalizada” (E1) y “entender las necesidades específicas de los pacientes” (E2) fue **4,94** y **4,91** puntos, respectivamente.

**Gráfico 4**

Promedio de expectativas por ítems de las dimensiones SERVQUAL modificado



FUENTE: Ídem 1.

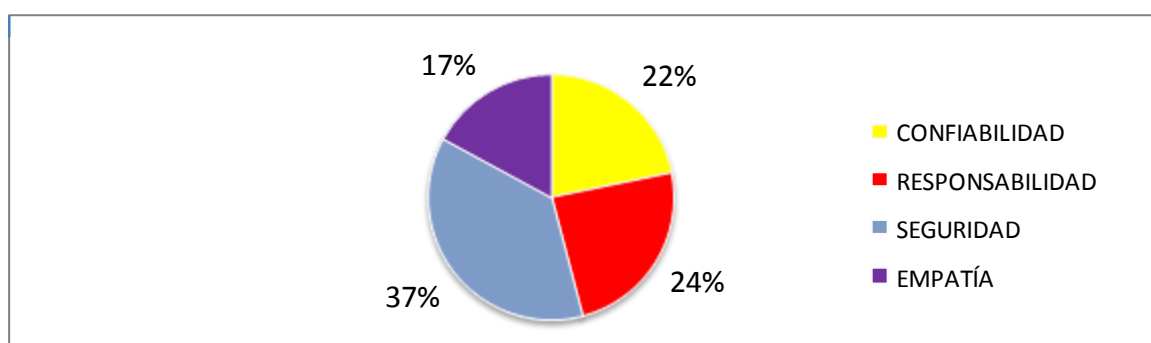


### 3.3 Importancia de las dimensiones de calidad

El gráfico 5 muestra que la dimensión Seguridad obtuvo una importancia del **37%** en una atención de enfermería excelente. Para las dimensiones Responsabilidad, Confiabilidad y Empatía fueron **24%**, **22%** y **17%**, respectivamente.

**Gráfico 5**

Importancia de las dimensiones SERVQUAL modificado



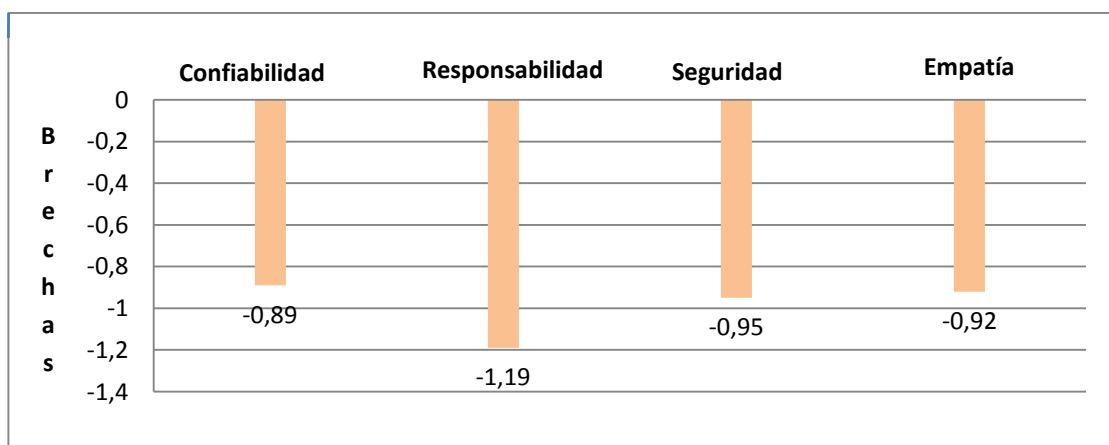
FUENTE: Ídem 1.

### 3.4 Brechas absolutas de calidad en atención

El gráfico 6 muestra que las dimensiones Confiabilidad, Empatía, Seguridad y Responsabilidad presentaron una brecha absoluta de calidad de **-0,89**, **-0,92**, **-0,95** y **-1,19**, respectivamente.

**Gráfico 6**

Brechas absolutas por dimensiones SERVQUAL modificado

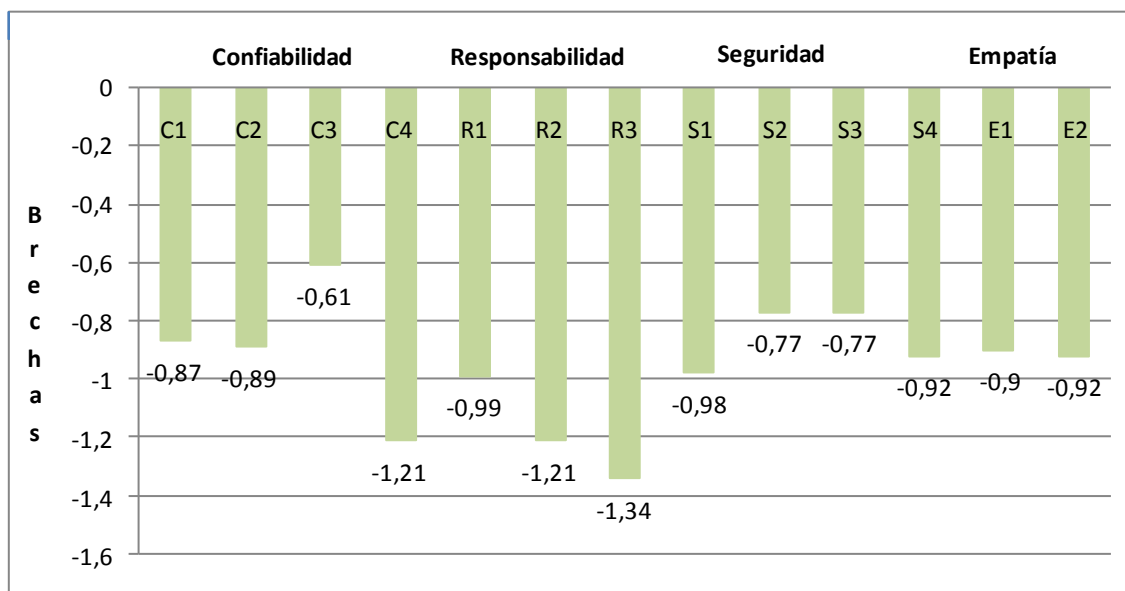


**FUENTE:** Ídem 1.

El gráfico 7 muestra las brechas absolutas para los ítems de las cuatro dimensiones. En la dimensión Confiabilidad, para los ítems “mantener informado al paciente sobre diabetes, tratamiento y metas” (C3) y “cumplir lo que promete en un tiempo determinado” (C4) fue de -0,61 y -1,12 respectivamente. En la dimensión Responsabilidad, para los ítems “se muestra dispuesto ayudarlo cuando tiene un problema” (R1) y “tiempo disponible para atenderlo” (R3) fue -0,99 y -1,34 respectivamente. En la dimensión Seguridad, para los ítems “trato con cortesía” (S2) y “conocimiento para responder a sus consultas” (S3) fue de -0,77 en ambos, y “el comportamiento inspira confianza” (S1) fue de -0,98. En la dimensión Empatía, para los ítem “brinda atención personaliza” (E1) y “entiende sus necesidades específicas” (E2) fue -0,9 y -0,92, respectivamente.

**Gráfico 7**

Brechas absolutas por ítems de las dimensiones SERVQUAL modificado



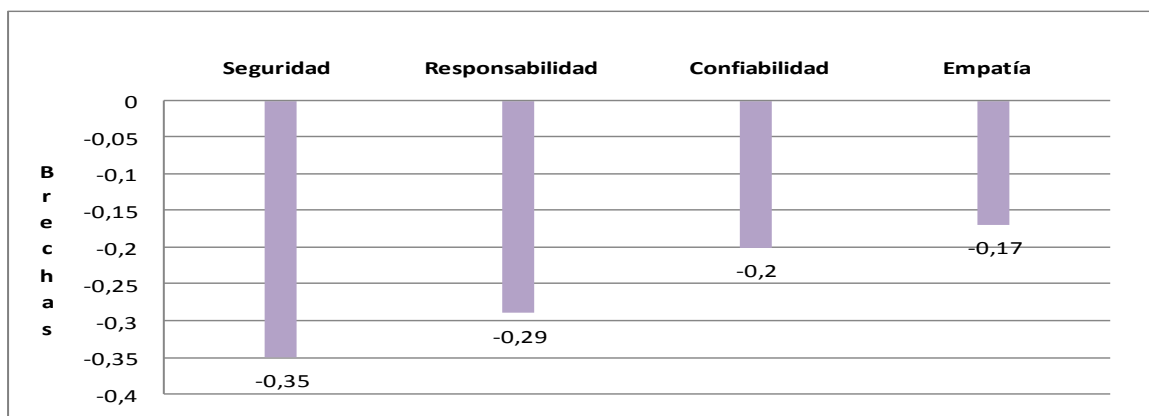
FUENTE: Ídem 1.

### 3.5 Brechas relativas de calidad en atención

El gráfico 8 muestra que las dimensiones Seguridad, Responsabilidad, Confiabilidad y Empatía presentaron una brecha relativa de calidad de **-0,35**, **-0,29**, **-0,20** y **-0,17**, respectivamente.

**Gráfico 8**

Brechas relativas por dimensión SERVQUAL modificado



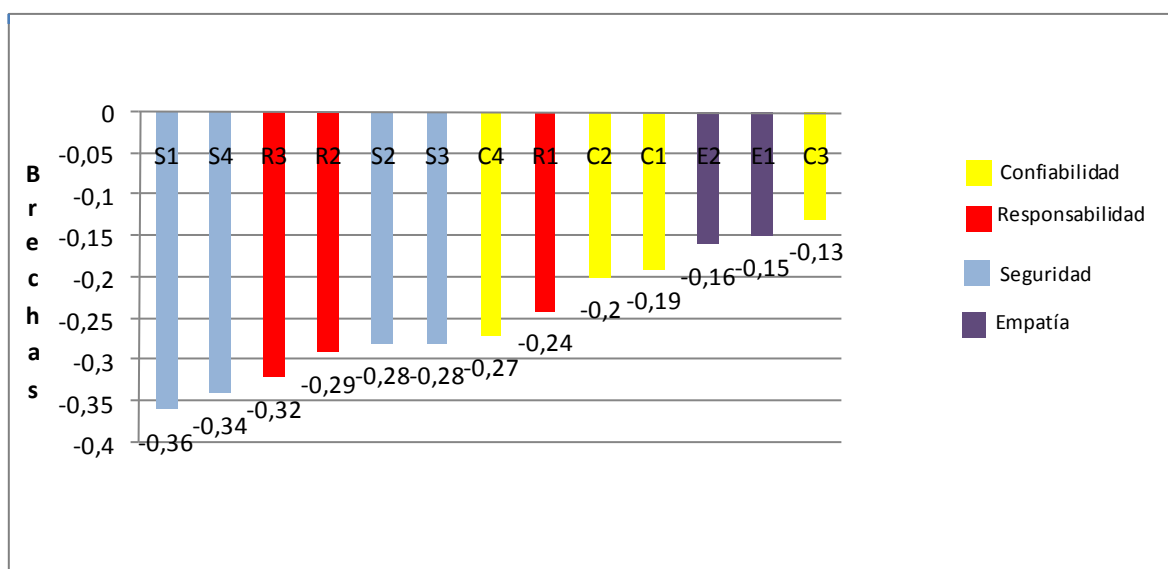
FUENTE: Ídem 1.

El gráfico 9 muestra las brechas relativas en los ítems que componen las cuatro dimensiones de la escala SERVQUAL, en que las brechas más altas observadas fueron en los ítems “el comportamiento le inspira confianza” (S1), “entregar seguridad al momento de atenderlo/a” (S4) y “tener tiempo disponible para atenderlo/a” (R3) con valores de **-0,36**, **-0,34** y **-0,32** respectivamente.

Por otro lado, las brechas relativas más bajas fueron en los ítems C3, E1 y E2, con valores de **-0,13**, **-0,15** y **-0,16**, respectivamente.

**Gráfico 9**

Brechas relativas por ítems de las dimensiones SERVQUAL modificado



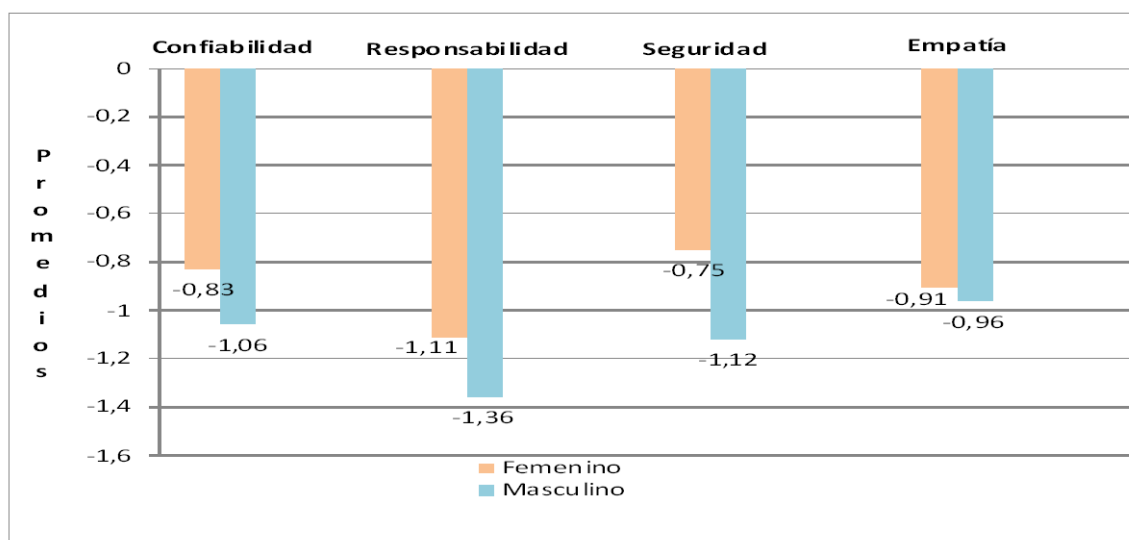
FUENTE: Ídem 1.

### 3.6 Descripción de los antecedentes sociodemográficos con brechas absolutas de calidad

El gráfico 10 muestra que para las dimensiones de Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad y Empatía, el sexo femenino obtuvo brechas de **-0,83**, **-1,11**, **-0,75** y **-0,91**. Para el sexo masculino se obtuvo valores **-1,06**, **-1,36**, **-1,12** y **-0,96**, respectivamente.

**Gráfico 10**

Descripción del sexo de los usuarios diabéticos tipo II según las brechas absolutas del SERVQUAL modificado



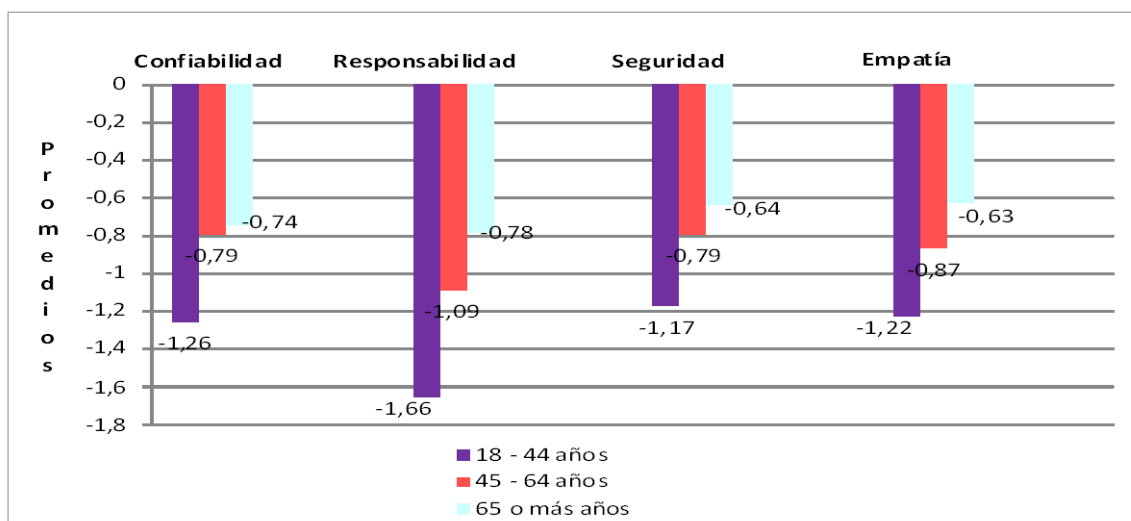
FUENTE: Ídem 1.

El gráfico 11 muestra que para las dimensiones Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad y Empatía, las brechas más altas se obtuvieron en el tramo de edad entre 18 y 44 años, con valores de **-1,26**, **-1,66**, **-1,17** y **-1,22**, respectivamente.

Las brechas más bajas de las cuatro dimensiones estudiadas fueron en el tramo de edad entre 65 y más años, con valores de **-0,74**, **-0,78**, **-0,64** y **-0,63**, respectivamente.

**Gráfico 11**

Descripción de la edad de los usuarios diabéticos tipo II según las brechas absolutas del SERVQUAL modificado



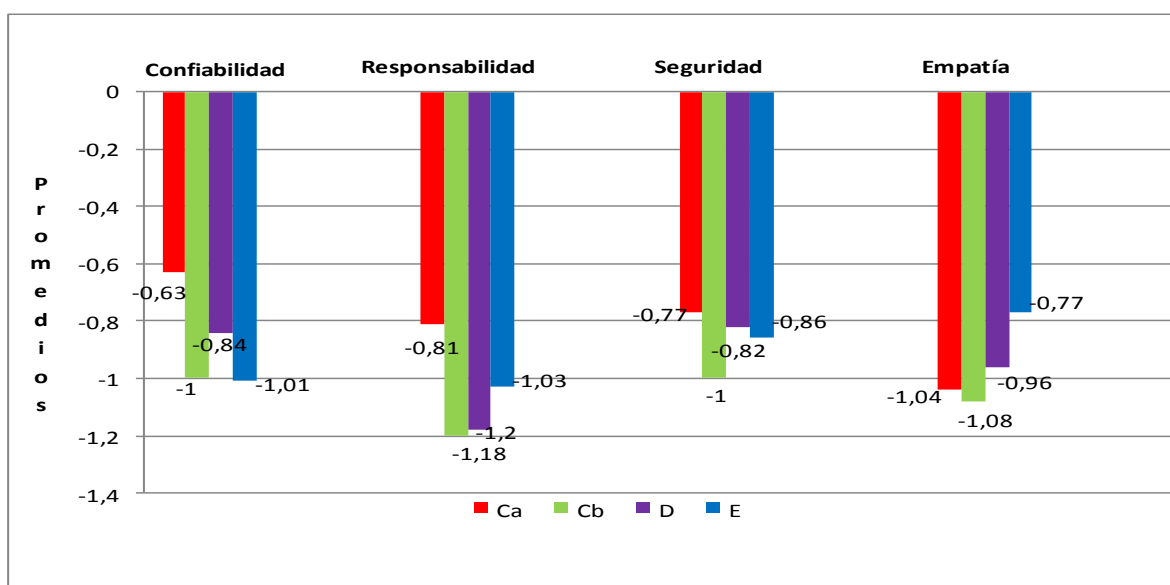
FUENTE: Ídem 1.

El gráfico 12 muestra que los sujetos con NSE medio presentaron las brechas más altas en las dimensiones Confiabilidad, Responsabilidad, Seguridad y Empatía, con valores de **-1,0**, **-1,18**, **-1,0** y **-1,08**, respectivamente.

En los sujetos con NSE medio-alto presentaron las brechas más bajas en las dimensiones Confiabilidad, Responsabilidad y Seguridad, con valores de **-0,63**, **-0,81** y **-0,77**, respectivamente; y en la dimensión Empatía los sujetos con NSE bajo presentaron la brecha más baja, con un valor de **-0,77**.

**Gráfico 12**

Descripción del nivel socioeconómico (NSE) de los usuarios diabéticos tipo II según las brechas absolutas del SERVQUAL modificado



**FUENTE:** Ídem 1.

B = Alto; Ca = Medio-Alto; Cb = Medio; D = Medio-Bajo; E = Bajo.



## IV. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES, SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

### 4.1 Discusión

Luego de una búsqueda exhaustiva y sistemática en la literatura mundial (PUFMED), latinoamericana (LILACS) y nacional (SCIELO), con utilización de las palabras claves, según el Dictionary Medical Subject Headings (MeSH), no se encontró estudios descriptivos validados científicamente con respecto a la evaluación de la calidad de atención de enfermería en diabéticos tipo I y II, ni estudios con descripciones de la edad, sexo, nivel socioeconómico en comparación con las dimensiones SERVQUAL.

Sólo se encontraron cuatro estudios que median calidad a través del SERVQUAL, estos fueron: Arnaldo Jélvez “*Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile*”<sup>36</sup>; Carolina Cáceres V. y Marisol Mejías L. “*Medición de la calidad del servicio en la atención primaria de salud en la ciudad de Linares*”<sup>37</sup>; Guillermo Casalino C. “*Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual*”<sup>38</sup> y Rosa Sangiovanni “*Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de enfermería en centros de primer nivel de atención del ministerio de salud pública*”<sup>39</sup>. También, se encontraron dos publicaciones sobre diabéticos en atención primaria, que no utilizaban la Escala SERVQUAL, estos fueron: Ana M. Salinas Martínez “*Necesidades en salud del diabético usuario del primer nivel de atención*”<sup>40</sup> y R.J. Gallego Fuentes “*Calidad de la asistencia al paciente con diabetes mellitus tipo II en el ámbito de una consulta de Atención Primaria*”<sup>55</sup>.

Estos estudios permitieron hacer discusión, en comparación o similitud de los resultados, puesto que, lamentablemente no se encontró más literatura científica en relación al tema de ésta investigación, sin embargo debido a que estos estudios corresponden al área de la salud fueron utilizados para esta discusión.

La problemática anterior, se debe a que el concepto de calidad, desde la perspectiva del usuario, se está incorporando recientemente en el sistema de salud nacional y mundial, haciendo más importante aún, incorporar éste nuevo concepto de calidad en la evaluación de prácticas de los profesionales de enfermería.

En cuanto a las antecedentes sociodemográficos de la muestra, los usuarios entre los 45 y 64 años de edad, se presentaron en un 65,5%. Este resultado concuerda con los últimos datos de la Encuesta de Salud año 2009-2010<sup>7</sup>, donde señala que la prevalencia de diabetes mellitus tipo II según grupos de edad aumenta en forma significativa después de los 44 años, ascendiendo estas cifras al 17% en el grupo de 45 y 64 años<sup>7</sup>.

En relación al sexo de los usuarios diabéticos tipo II, se observó que el sexo femenino representa el mayor porcentaje de la muestra, con un 70,6%, lo que concuerda con la investigación de R.J Gallego<sup>55</sup>, en donde un 68,42% eran de sexo femenino. Esto condice con la realidad nacional en donde el sexo femenino asiste mayoritariamente a los centros de salud.

En cuanto a la escolaridad, se observó que la mayoría de los encuestados presenta educación básica incompleta o inferior, básica completa y media incompleta abarcando un 75,8% de la muestra. Esto se relaciona con la edad, ya que el mayor porcentaje de población se encuentra entre los 45 y 64 años, situándose en las décadas del 40 al 60 en donde la cobertura al sistema educacional llegaba en promedio al 30%<sup>57</sup>. En relación a los resultados obtenidos, existe concordancia con la investigación de Ana M. Salinas<sup>40</sup>, donde un 92,3% presentaba escolaridad incompleta y primaria completa.

En relación a la actividad laboral, el 77,6% de la muestra posee trabajos menores ocasionales e informales o se desempeñan en oficios menores, como obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato, dueña de casa y jubilados, lo cual se relaciona con el estudio de Ana M. Salinas<sup>40</sup>, en donde las dueñas de casas y empleados menores representan el 82,8% de los usuarios en estudio.

En consecuencia, el 71,6% de la muestra presenta un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, semejante al estudio de investigación de Guillermo Casalino<sup>38</sup>, donde el 97,8% de la población se encontró en un estrato social bajo.

Las percepciones del usuario, contrastadas con sus expectativas sobre el servicio, evidencia la calidad de la atención recibida, mostrándose o no de acuerdo con la atención brindada por las enfermeras/os del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán.

Como se puede apreciar las percepciones no lograron superar las expectativas de los usuarios, sin embargo, de las trece preguntas de percepciones seis obtuvieron una puntuación sobre 3,60 y siete preguntas sobre 4,04, lo que considera una regular y alta conformidad con la atención recibida. Por otro lado, las expectativas de los usuarios son altas, encontrándose sobre el promedio de 4,90 puntos, esto concuerda con la nueva visión que tiene el usuario frente al cuidado de su salud y el conocimiento de lo que por derecho debe recibir en una atención de calidad.

Dentro de las dimensiones consideradas para percepciones se obtuvo que, el mayor promedio lo presentó la dimensión Confiabilidad, con un puntaje de 4,04, indicando que los usuarios tienen una alta conformidad con la atención entregada, discrepando levemente con el estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, el que sitúa, en primer lugar, la dimensión Empatía con un puntaje de 3,98 y, en segundo lugar, la dimensión Confiabilidad con un promedio de 3,95, de un total de 5 puntos.

El ítem “el profesional de enfermería lo mantiene informado sobre su diabetes, tratamiento y metas que debe lograr” (C3), que corresponde a la dimensión Confiabilidad, fue el mejor percibido, alcanzando una puntuación de 4,34, por sobre el 4,30 que promedió dicho ítem en el estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>. Cabe mencionar que en ésta dimensión se encuentra el tercer ítem con promedio más bajo, “cumple lo que promete en un tiempo determinado” (C4), que obtuvo una puntuación de 3,37, influyendo fuertemente en el promedio final de la dimensión.

Por otro lado, la dimensión que presenta menos conformidad en cuanto a la atención recibida es Responsabilidad, con un promedio de 3,75 puntos. Además, en ésta dimensión se encuentra el ítem “tiempo disponible para atender” (R3), que fue el peor percibido por los usuarios, con un promedio de 3,61 puntos. Esta disminución de la puntuación en la dimensión Responsabilidad concuerda con el estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, donde la dimensión Responsabilidad fue la más deficiente, con un promedio de 3,70 y, el ítem R3, con 3.50 puntos.

Es preciso señalar que la dimensión Seguridad y sus ítems fueron regulares en sus promedios, situándose en el segundo lugar de conformidad de la atención. Por el contrario, en el estudio de Guillermo Casalino<sup>38</sup>, se puede observar que la dimensión Seguridad muestra un 47,66% de inconformidad global en relación a la muestra de dicha investigación.

Para las expectativas, que representan la calidad esperada por los usuarios de la atención de enfermería, se encontró que todas las dimensiones promediaron altas expectativas, destacando la dimensión Seguridad con una puntuación de 4,96, que concuerda con los promedios de los ítems más altos, que fueron: “debería siempre tratar a los pacientes con cortesía” (S2) y “debería tener los conocimientos para responder a las consultas de los pacientes” (S3), con un promedio de 4,98 para ambos. Esto discrepa con los resultados del estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, donde sitúa a la dimensión Confiabilidad con las más altas expectativas, con un promedio de 4,31 y, el ítem “proporcionar atención correcta” (C2), con una puntuación de 4,40 puntos. En general, las expectativas del estudio de Jélvez son más bajas, en comparación con las de ésta investigación.

Se concuerda con la literatura que la dimensión Empatía es la que posee las expectativas más bajas, obteniendo un promedio de 4,92 puntos, y su ítem “debería entender las necesidades específicas de los pacientes” (E2), con una puntuación de 4,91, lo que se compara con la dimensión Empatía del estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, con un promedio de 4,18. Esto puede deberse a la reticencia de los usuarios a confiar sus problemas al profesional o la poca confianza que éste le brinda al usuario y, por otra parte, a la discontinuidad de la atención por la misma

enfermera/o durante el tiempo de tratamiento que llevan en el centro de salud familiar.

En la evaluación de “la importancia para cada dimensión”, se obtuvo que la dimensión Seguridad fue la más importante para los usuarios, en una atención de excelente calidad, con un 37%, seguida por Responsabilidad con 24%, Confiabilidad con 22% y Empatía con 17%. Esto concuerda con el estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, donde Empatía fue la dimensión menos importante para el usuario con un 19%. También, cabe destacar que las percepciones y las expectativas en la dimensión e ítems de Empatía, obtuvieron siempre los promedios más bajos, en comparación con las demás dimensiones.

En relación a las brechas absolutas de calidad de la atención de enfermería, todas las dimensiones e ítems obtuvieron brechas negativas, presentando una calidad de la atención baja. La brecha menos negativa se encontró en la dimensión Confiabilidad con -0,89. La brecha más negativa se apreció en la dimensión Responsabilidad con -1,19, concordando con la investigación de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup> que obtuvo -0,6, siendo la más negativa. Por lo tanto, la dimensión Responsabilidad presenta el mayor déficit en la entrega de la atención del profesional de enfermería.

En relación a las brechas absolutas por ítems, se desprende que, para la dimensión Confiabilidad, el ítem “mantener informado al paciente sobre diabetes, tratamiento y metas” (C3), obtuvo la brecha menos negativa con -0,61 y, escapándose de la regularidad de las brechas de ésta dimensión, se encuentra el ítem “cumplir lo que promete en un tiempo determinado” (C4), que obtuvo la brecha más negativa con -1,12.

De los trece ítems medidos, los que obtuvieron la brecha menos negativa fueron los pertenecientes a la dimensión Confiabilidad, sin embargo, no alcanzaron valores positivos como en el estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, en el cual el ítem C5 (correspondiente al ítem C3 de ésta investigación), presentó una brecha de 0,02. Por el contrario, el ítem C4 de Jélvez<sup>36</sup> presentó la brecha más negativa, con una puntuación de -0,12, comparable con el ítem C4 de ésta investigación.

Otra similitud que existe es en la dimensión Responsabilidad, donde la brecha más negativa se presentó en el ítem “tiempo disponible para atenderlo” (R3), con un valor de -1,34 y, la brecha más negativa del estudio de Jélvez<sup>36</sup>, fue en el ítem R1 (correspondiente al ítem R3 de ésta investigación), con un valor de -0,16.

En relación a las brechas relativas de calidad, se logró identificar los puntos más relevantes al momento de medir la calidad de la atención de enfermería, encontrando que la dimensión que les pareció más importante a los usuarios para sentirse satisfechos con la calidad de la atención es Seguridad, con una brecha relativa de -0,35. Seguida por Responsabilidad, con una brecha relativa de -0,29. Ambos resultados se contraponen con los resultados del estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, en el cual la dimensión más importante para los usuarios es Responsabilidad, con una brecha relativa de -0,14, seguida por Confiabilidad, con -0,07. Cabe destacar que, para ambos estudios existe la concordancia que la dimensión Confiabilidad ocupa el tercer lugar en orden de importancia y Empatía, en cuarto lugar.

Respecto a las brechas relativas por ítems, ninguno logró satisfacer lo que el usuario esperaba del servicio. El ítem “el comportamiento le inspira confianza” (S1) fue el que les pareció más importante a los usuarios para sentirse satisfechos con la calidad de la atención, con una brecha relativa de -0,36, seguida por el ítem “entregar seguridad al momento de atenderlo/a” (S4), con -0,34, ambos pertenecientes a la dimensión Seguridad. Es importante mencionar que dentro de la dimensión Responsabilidad, el ítem “tiempo disponible para atenderlo/a” (R3) obtuvo una brecha relativa de -0,32, posicionándolo en un tercer lugar en orden de importancia, lo que se asemeja al estudio de Arnaldo Jélvez<sup>36</sup>, donde éste mismo ítem ocupa en segundo lugar, con una brecha relativa de -0,16. Por el contrario, los ítems considerados menos importantes por los usuarios, son “brinda atención personalizada” (E1) y “cumple lo que promete en un tiempo determinado” (C3), con brechas relativas de -0,15 y -0,13, respectivamente.

Para lograr resultados más detallados en relación a la calidad de la atención, se realizó una descripción de las brechas absolutas de calidad según sexo, edad y nivel socioeconómico de los usuarios. La calidad de la atención fue baja, tanto para el sexo femenino, como para el masculino. Para el sexo femenino, las brechas más negativas se presentaron en la dimensión Responsabilidad, al igual que el sexo masculino, con un valor de -1,11 y -1,36, respectivamente.

Las brechas menos negativas se presentaron en la dimensión Seguridad, para el sexo femenino, con un valor de -0,75 y en la dimensión Empatía, para el sexo masculino, de -0,96.

En relación a la edad de los usuarios, la calidad de la atención fue baja para todos los tramos. La totalidad de la muestra presentó en la dimensión Responsabilidad la brecha más negativa, obteniendo para el tramo de edad entre los 18 y 44 años, un valor de -1,66, entre los 45 y 64 años, de -1,09 y de 65 ó más años, de -0,78. Para el tramo de 18 a 44 años, la brecha menos negativa se presentó en la dimensión Seguridad, obteniendo un valor de -1,17, para el tramo de edad de 45 a 64 años, se presentó en la dimensión Confiabilidad y Seguridad, con un valor de -0,79, para ambas y para el tramo de edad de 65 ó más años, se presentó en la dimensión Empatía, con un valor de -0,63. Esto evidencia que hay una mayor exigencia de la población adulta joven, respecto a la calidad de la atención de enfermería.

En cuanto al nivel socioeconómico (NSE) de los usuarios, la calidad de la atención de enfermería fue baja para todos los estratos. De las cuatro dimensiones, Responsabilidad presentó las brechas de calidad más negativas, con un valor de -1,20 para el NSE medio, seguido de -1,18 para el NSE medio-bajo y de -1,03 para el NSE bajo. En base a esto, se evidencia que a medida que aumenta el nivel socioeconómico de los usuarios, hay mayor exigencia respecto a la calidad de la atención en enfermería, con la excepción del nivel socioeconómico medio-alto, donde la muestra no es representativa.

Esta investigación se enmarcó en el **Modelo de la Relación Persona a Persona** de la teórica **Joyce Travelbee**<sup>35</sup>, que tuvo fuertes influencias por su formación católica y su mentora Ida Jean Orlando.

El planteamiento fundamental de su modelo es la interacción entre la enfermera y el usuario, indicando las etapas de éste proceso, así como la posibilidad y necesidad de establecer una relación terapéutica, pasando desde un encuentro original, a la revelación de identidades, empatía y simpatía, llegando finalmente a la compenetración.

Para Travelbee, la condición humana como las experiencias por las que atraviesa a lo largo de su vida, son esenciales para construir las percepciones sobre la atención que recibe el usuario por parte de la enfermera/o. En éste aspecto, la dimensión Confiabilidad fue la mejor percibida por los usuarios diabéticos tipo II, en contraste con la dimensión Responsabilidad, que fue la peor percibida. Esto es clave para mejorar la relación entre enfermera/o y usuario/a.

Las expectativas, según Travelbee, se basan en lo que el usuario espera de una atención integral, con un enfoque biopsicosocial y espiritual, siendo el propósito de la profesión de enfermería ayudar a las personas, familias o las comunidades a superar sus experiencias negativas y darle sentido a tales experiencias. Esto concuerda absolutamente con las altas calificaciones de las expectativas para las cuatro dimensiones de estudio de la calidad de atención.

Finalmente, el usuario requiere que sus percepciones superen sus expectativas, y por consiguiente, poder alcanzar la satisfacción de sus necesidades y una buena calificación de la calidad de la atención de enfermería.



## 4.2 Conclusiones

De acuerdo a los aspectos sociodemográficos de los 211 usuarios diabéticos tipo II en estudio, se concluyó que:

- Mayormente la muestra se concentra en el tramo de edad de 45 a 64 años con un 65,4%.
- Principalmente la muestra corresponde al sexo femenino con un 70.6%.
- El 75,8% de la muestra presentó educación básica incompleta o inferior, básica completa, media incompleta, y media completa.
- De la muestra, el 91,9% ejecutaba trabajos menores ocasionales e informales, oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio domestico con contrato, obrero calificado, capataz y microempresario.
- El 71,6 % de la muestra presenta nivel socioeconómico medio-bajo y bajo.

De acuerdo a la calidad de la atención de enfermería en usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, se concluye que:

- La dimensión Confiabilidad presenta la más alta percepción (4,04), y la más baja se encuentra en la dimensión Responsabilidad (3,75). La expectativa más alta fue la dimensión Seguridad (4,96) y la más baja Empatía (4,92).
- Según el promedio por ítems de las dimensiones SERVQUAL modificado, las percepciones no superaron las expectativas de los usuarios.
- Los ítems por dimensión con las percepciones más altas fueron C3 (4,34), R1 (3,95), S2-S3 (4,21) y E1 (4,06). Los ítems por dimensión con las percepciones mas bajas fueron C2 (4,04), R3 (3,61), S1 (3,96) y E1 (4,06).
- Los promedios por dimensión más altos por ítems, para expectativas, fueron para los ítems, C3 (4,95), R3 (4,95), S2-S3 (4,98) y E1 (4,94). Los promedios por dimensión más bajos por ítems, para percepciones, fueron para, C1-C2 (4,93), R2 (4,93), S1 (4,94) y E2 (4,91).

- Considerando una atención de enfermería excelente, la dimensión más importante para los usuarios fue Seguridad (37%).

- Las cuatro dimensiones estudiadas presentan una baja calidad, siendo la brecha más negativa la dimensión Responsabilidad (-1,19). Y la menos negativa la dimensión Confiabilidad (-0,89).

- Los ítems de las cuatro dimensiones presentan una baja calidad, siendo la brecha absoluta más negativa R3 (-1,34) y la menos negativa C3 (-0,61).

- La dimensión de calidad de la atención más importante para abordar, según los usuarios, es Seguridad, con una brecha relativa de -0,35.

- El ítem de calidad de la atención más importante para abordar, según los usuarios, es S1 (-0,36), S4 (-0,34) y R3 (-0,32).

De acuerdo a las brechas de calidad de la atención de enfermería, en relación a los antecedentes sociodemográficos de los usuarios diabéticos tipo II adheridos al Programa de Salud Cardiovascular del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, se concluye que:

- En general el sexo masculino presenta brechas más negativas para la atención de enfermería, en contraste con el sexo femenino con brechas menos negativas.

- En cuanto a la edad de los usuarios, los mayores de 65 años presentan brechas menos negativas en cuanto a la calidad de la atención de enfermería, lo cual se va haciendo más negativo a medida que aumenta los tramos de edad de los usuarios.

- En relación al nivel socioeconómico, el nivel medio presenta brechas más negativas en cuanto a la calidad de la atención de enfermería, no así los niveles medio-bajo y bajo cuyas brechas son menos negativas en general.

- Este estudio es uno de los primeros que mide la calidad de atención de enfermería según las percepciones y expectativas de los usuarios en un centro de atención primaria de salud en nuestro país.

### 4.3 Sugerencias

- Dado que las percepciones y expectativas son dinámicas durante el tiempo, éstas cambian de una persona a otra y entre las diversas culturas, es necesario medir regularmente la calidad de la atención, ya que lo que se considera hoy como calidad, mañana puede ser diferente.

- Los administradores del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán deben capacitar, mediante psicólogo, a las/los enfermeras/os en el concepto de “el comportamiento le inspira confianza”, “entregar seguridad al momento de atenderlo/a” y “tener tiempo disponible para atenderlo/a”, los dos primeros pertenecientes a la dimensión Seguridad y el último, a Responsabilidad. Estos fueron los ítems más importantes según los usuarios para sentirse satisfechos con la calidad de atención. Esto se puede realizar a través de su incorporación en el programa de capacitación anual, que existe en el centro de salud o en reuniones de equipos de trabajo.

- Para poder otorgar una atención de mayor calidad, los profesionales de enfermería del CESFAM deben considerar que, para el usuario, representan mayor importancia las dimensiones Seguridad y Responsabilidad al momento de recibir la atención de enfermería.

- Se recomienda a las enfermeras/os del CESFAM continuar fortaleciendo las dimensiones que presentan las brechas de calidad menos negativas, siendo estas, las de Empatía y Confiabilidad, para seguir mejorando la calidad de la atención de enfermería.

- Se sugiere un perfil psicológico a los profesionales de la salud, en relación al trato al usuario, al momento del ingreso laboral o nuevas contrataciones de personal y evaluaciones anuales o cada dos años, por psicólogo.

- Se sugieren instancias en que el usuario pueda expresar su opinión, percepciones, expectativas, molestias, sugerencias sobre la atención, a través de la creación de un buzón de sugerencias y opiniones accesibles al usuario, y de esta forma ir solucionando paso a paso, y en conjunto, las falencias y dificultades.

- Con éste estudio se destaca la necesidad de evaluar la calidad de la atención profesional, según la perspectiva del usuario, el que siempre ha sido el centro de los cuidados enfermeros, y de ésta forma, enriquecer a la profesión. Se recomienda que el instrumento utilizado en ésta investigación sea validado y estandarizado como una forma confiable de medir la calidad de la atención, según percepciones y expectativas de los usuarios.

- Se sugiere incluir en los programas académicos de las carreras de enfermería, clases, capacitaciones o módulos de trato al usuario, para crear en los profesionales de la salud una visión más amplia sobre la perspectiva del usuario, desde el principio de su formación.

- Dados los escasos estudios sobre medición de la calidad de la atención en enfermería, según lo que el usuario espera y desea, se sugiere seguir investigando en ésta área, tanto en la atención de salud abierta, como cerrada, así como en usuarios con diferentes enfermedades crónicas que requieren atención y tratamiento prolongado. Todo esto ayuda a mejorar los servicios prestados y realizar vigilancia de la atención, no sólo en enfermería, sino también en las distintas profesiones de la salud.

#### **4.4 Limitaciones**

- Este estudio se centró únicamente en el Programa de Salud Cardiovascular de los usuarios diabéticos tipo II del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, por lo tanto, cualquier otra institución que quiera aplicar una evaluación similar tendrá que hacer las adecuaciones pertinentes a los instrumentos utilizados en ésta investigación.

- La presente investigación evaluó sólo la atención del profesional de enfermería en el nivel primario de atención, obviando al resto del equipo de salud, y por ende, perdiendo el enfoque de salud familiar y del equipo multidisciplinario.

- Los resultados que se obtuvieron estaban limitados de acuerdo a las percepciones y expectativas de la muestra de usuarios diabéticos tipo II de la atención abierta, no considerando a usuarios con otras patologías.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ginebra, 1998. [en línea]. <<http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fighero.DOC-272%232E%23pdf>> [consulta: 27 mayo 2011].
2. NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA Nº 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la atención cerrada. [en línea]. <[http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G\\_SEREMI/SEREMI4\\_NORMAS/RESOLUCION\\_1127\\_07.PDF](http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI4_NORMAS/RESOLUCION_1127_07.PDF)> [consulta: 14 marzo 2011].
3. BIBLIOTECA CONGRESO NACIONAL DE CHILE. Reforma a la Salud. [en línea]. <[http://www.bcn.cl/leyes\\_temas/leyes\\_por\\_tema.2006-02-06.9214822025](http://www.bcn.cl/leyes_temas/leyes_por_tema.2006-02-06.9214822025)> [consulta: 28 junio 2011].
4. ROBLES G. Rebeca, [et. al.] Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II, Universidad Autónoma de México e Instituto Jalisciense de Salud Mental, México, 2003. Pág. 247-252. [en línea]. <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72715215.pdf>> [consulta: 18 marzo 2011].
5. DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. Ministerio de Salud de Chile, Mortalidad de ambos sexos, según las principales causas específicas de defunción. Chile, 2006. [en línea]. <[http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas06.asp?temp=TODAS\\_EDADES.htm](http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/causas06.asp?temp=TODAS_EDADES.htm)> [consulta: 07 noviembre 2010].
6. ASOCIACION DE DIABETICOS DE CHILE. Estudio nacional de prevalencia de diabetes en Chile, 2006 [en línea]. <<http://www.adich.org/Estudio.html>> [consulta: 18 diciembre 2010].

7. GOBIERNO DE CHILE. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, [en línea]. Ministerio de Salud < <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/99c12b89738d80d5e04001011e0113f8.pdf>> [consulta: 15 marzo 2010].
8. GOBIERNO DE CHILE. Implementación del enfoque de riesgo en el Programa de Salud Cardiovascular, [en línea]. Ministerio de Salud de Chile, <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/787e4765248bc9e0e04001011f0172b5.pdf>> [consulta: 10 diciembre 2010].
9. CARDENAS VV., [et. al.] Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Universidad Autónoma de Nueva León, Monterrey México [en línea]. Ciencia UANL, julio-septiembre año 2005, vol. VIII, (3), pág. 351-354. <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/402/40280308.pdf>> [consulta: 15 marzo 2010].
10. CASTILLO Morales, Eduardo. Escala multidimensional SERVQUAL [en línea]. Facultad de ciencias Empresariales, Universidad del Biobío, Chile, 2005 [Consulta: 18 marzo 2011].
11. FERNANDEZ Araque, AM; [et. al.] Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. [en línea]. Biblioteca Las casas, año 2007, <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.pdf>> [consulta: 15 marzo 2011].
12. PELÁEZ, Martha y VEGA, Enrique. Envejecimiento, pobreza y enfermedades crónicas en América Latina y el Caribe .Diabetes Voice, vol. 51, (4) pág. 30-33, Diciembre 2006 [consulta: 16 marzo 2011].
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Enfermedades Crónicas [en línea] <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)> [consulta: 07 noviembre 2010].

14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Prevención de las Enfermedades Crónicas [en línea]. <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html)> [consulta: 07 noviembre 2010].
15. MEDINA L. Ernesto y KAEMPFER R. Ana. Mortalidad del adulto en Chile. Revista Médica de Chile [en línea]. Santiago, octubre 2000, vol.128, (10) <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000001000011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872000001000011&script=sci_arttext)> [consulta: 10 marzo 2011].
16. GOBIERNO DE CHILE. Programa de Salud Cardiovascular. Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes. [en línea]. Ministerio de Salud de Chile <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/75fcbd5dc347e5efe04001011f012019.pdf>> [consulta: 10 diciembre 2010].
17. DEPARTAMENTO DE DISEÑO Y GESTION DE APS. Programa de salud cardiovascular en el nivel primario de salud. [en línea]. Ministerio De Salud De Chile <[http://www.podologia.cl/programadescvenatencionprimaria\\_2004.pdf](http://www.podologia.cl/programadescvenatencionprimaria_2004.pdf)> [consulta: 14 marzo 2011].
18. FORTINO, M., [et. al.] Síndrome metabólico: prevalencia de factores asociados a la dieta y al estilo de vida en una población de riesgo. Bioquímica y Patología Clínica [en línea]. 2007, Vol. 71, (3), pág. 24-27. <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=65112133004>> [consulta: 14 marzo 2011].
19. ATLAS DE DIABETES DE LA FID. Prefacio [en línea]. Federación Internacional de Diabetes <<http://www.diabetesatlas.org/es/content/pr%C3%B3logo>> [consulta: 18 noviembre 2010].
20. GOBIERNO DE CHILE. Resultados I Encuesta de Salud, Chile, 2003 [en línea]. Ministerio de Salud de Chile. <<http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>> [consulta: 02 diciembre 2010].



21. SOLIS CL., [et. al.] Prevalencia de Diabetes en Chile. [en línea]. Revista ALAD, 2008, vol. XVI, (3). <<http://revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=67>> [consulta: 17 diciembre 2010].
22. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Diabetes [en línea]. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>> [consulta: 17 diciembre 2010].
23. GOBIERNO DE CHILE. Guía Clínica Diabetes Mellitus Tipo 2 año 2009 [en línea]. Ministerio de Salud de Chile <<http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/72213ed52c3e23d1e04001011f011398.pdf>> [consulta: 23 noviembre 2010].
24. BALCÁZAR N. Patricia, [et. al.] Estilo de Vida en Personas Adultas con Diabetes Mellitus. [en línea]. Revista Científica Electrónica de Psicología, 2008, vol. 6 <[http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10\\_-\\_No.\\_6.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/10_-_No._6.pdf)> [consulta: 14 febrero 2011].
25. GARCÍA R., El concepto de calidad y su aplicación en Medicina, Revista Médica Scielo Chile, Santiago, julio 2001, vol. 129, (7) <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000700020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872001000700020&script=sci_arttext)> [consulta: 07 diciembre 2010].
26. MOMPART G. Mari Paz y DURAN E. Marta. Administración y Gestión. [en línea]. Editorial DAE, 2004, capítulo 21, 2º edición <[http://www.enfermeria21.com/pfw\\_files/Muestras/administracion-cap21.pdf](http://www.enfermeria21.com/pfw_files/Muestras/administracion-cap21.pdf)> [consulta: 16 abril 2011]
27. HENRIQUEZ, J. Ensayos, Calidad de atención de enfermería [en línea]. <<http://www.buenastareas.com/ensayos/Calidad-De-Atencion/184954.html>> [consulta: 16 abril 2011].

28. PHANEUF C. María. La auditoría de Enfermería: el perfil de la excelencia. [en línea]. Editorial Applenton Centur Croft, 1972 < <http://es.scribd.com/doc/52794543/10/TEMA-10-CALIDAD-DE-LA-ATENCION-SANITARIA-Y-DE-LOS-CUIDADOS-ENFERMEROS>> [consulta: 16 abril 2011].
29. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Salud para Todos en el Siglo XXI : Introducción al marco político de Salud para Todos de la Región Europea de la OMS, Madrid 1999 [en línea]. <[http://www.famp.es/racs/intranet/otras\\_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf](http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf)> [consulta: 16 abril 2011].
30. GOBIERNO DE CHILE. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente [en línea] Ministerio de Salud Chile <[http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_conozcanos/g\\_subs\\_redes\\_asist/g\\_gabinete/calidadyseguridad.html](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_conozcanos/g_subs_redes_asist/g_gabinete/calidadyseguridad.html)> [consulta: 16 abril 2011].
31. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPUBLICA DE CHILE, Artículo 19 N° 9 Publicado en el Diario Oficial de 27 de junio de 2008 [consulta: 16 abril 2011].
32. MICHELSEN CONSULTING. SERVQUAL Medición de Calidad de Servicios. [en línea]. <http://www.michelsenconsulting.com/web/servqual/servqual10.htm>> [consulta: 9 junio 2011].
33. MARTINEZ M. Omaira y RUIZ A. Gabriel. La Mercadotecnia en las Organizaciones. [en línea]. Universidad Autónoma de Baja California, 2010 <<http://libroscuerposacademicos.net63.net/mercadotecniaenlasorganizaciones.pdf>> [consulta: 16 abril 2011].
34. MORA M. Ramón. Evaluación de la Calidad Percibida de un Programa de Formación Continuada por la Metodología SERVQUAL-FOR. [en línea]. Escuela Nacional de Sanidad Madrid, Instituto de Salud Carlos vol. III, (2),

- 2004.<[http://www.fuden.es/FICHEROS\\_USUARIO/Proyectos\\_Imagenes/proyecto2.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/proyecto2.pdf)> [consulta: 16 abril 2011]
- 35.MARRINER Tomey, [et. al.] Modelos y teorías de Enfermería, 4º edición, editorial Mosby, 1999, capítulo 6, pág. 62, capítulo 24, pág. 364–374. [consulta: 19 abril 2011].
- 36.JÉLVEZ C., Arnaldo, [et. al.] Evaluación de la Calidad de Servicio en Centro de Salud Familiar en Chile. [en línea]. Revista Horizontes Empresariales, nov. 2010, vol. 9, (2), pág. 51. <<http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/42/version%209-2/marketing.pdf>> [consulta: 05 abril 2011].
- 37.CÁCERES V. Carolina y MEJÍAS L. Marisol. Medición de la Calidad del Servicio en la Atención Primaria de Salud en la Ciudad de Linares, Memoria de pregrado, para Licenciatura en Administración. Escuela de Administración, Universidad de Talca, Chile, 2005. Pág.12-14. [consulta: 16 mayo 2011].
- 38.CASALINO C. Guillermo, Calidad de Servicio de la Consulta Externa de Medicina Interna de un Hospital general de Lima mediante la Encuesta SERVQUAL. [en línea]. Revista Sociedad Peruana Medicina Interna, julio 2008, vol. 21, (4), pág.143. < <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v21n4/pdf/a03v21n4.pdf>> [consulta: 14 abril 2011].
- 39.SANGIOVANNI, Rosa. Satisfacción del Usuario en Relación a la Atención Recibida del Servicio de Enfermería en Centros de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública. [en línea]. Tesis de Maestría, Universidad de la República, Uruguay, 2004. Pág. 10-11. <[http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2\\_art03\\_atencion.pdf](http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art03_atencion.pdf)> [consulta: 19 diciembre 2010].
- 40.SALINAS M. Ana M. [et. al.] Necesidades en Salud del Diabético Usuario del Primer Nivel de Atención. [en línea]. Revista Salud Pública de México,

- julio-agosto 2001, vol. 43, (4), pág.324. <<http://www.scielo.org/pdf/spm/v43n4/5899.pdf>> [consulta: 16 diciembre 2010].
41. ENCUESTA ESOMAR. El Nivel Socioeconómico: Manual de Aplicación [en línea]. Adimark, Santiago, octubre, 2000 < <http://www.microweb.cl/idm/documentos/ESOMAR.pdf>> [consulta: 17 octubre 2010].
42. DIPLOMADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD PARA LA GESTIÓN DEL CUIDADO, Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, 2010 [consulta: 23 mayo 2011].
43. FERNANDEZ B. Marta. Validación de SERVQUAL como instrumento de medida de la Calidad de Servicio Bancario. [en línea] Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, 2000, 9 (1): 57-69, 55 Ref. <<http://bddoc.csic.es:8080/detalles.html?id=412146&bd=ECOSOC&tabla=docu>> [consulta: 27 marzo 2011].
44. FRANCO E. Gilda Melva. Validación del SERVQUAL en una Institución Pública Mexicana, 2002 <<http://www.revistaupiicsa.20m.com/Emilia/RevSepDic03/Melva1.pdf>> [consulta: 27 marzo 2011].
45. GAZZERA María Alejandra y LOMBARDO Lizi Lorena. Calidad Percibida en Empresas de Transporte Aéreo. [en línea]. Neuquén - Patagonia, Argentina, Estud. perspect. tur. Julio-septiembre 2007, vol. 16, (3). <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185117322007000300006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185117322007000300006&script=sci_arttext)> [consulta: 27 marzo 2011].
46. DÍAZ Rocío, La calidad Percibida en la Sanidad Pública. [en línea]. Revista Calidad Asistencial, Departamento de Economía y Administración de Empresas, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Málaga, España, 2005, vol. 20, (01). <<http://www.elsevier.es/en/node/2036490>> [consulta: 27 marzo 2011].

47. LOSADA O. Mauricio y RODRÍGUEZ O. Augusto. Calidad del Servicio en Salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. [en línea]. Cuaderno Administración Bogotá, Colombia, julio-diciembre 2007, vol. 20, (34), pág. 237-258. <[http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10\\_34\\_calidad\\_servicio\\_salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf)> [consulta: 27 marzo 2011].
48. DONABEDIAN Avedis, Im Memoriam. [en línea]. Salud Pública México, Cuernavaca, noviembre-diciembre 2000, vol. 42, (6). <[http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342000000600015&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342000000600015&script=sci_arttext)> [consulta: 07 junio 2011].
49. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Salud para Todos en el Siglo XXI. [en línea]. Health for all in the century. Sistemas Sanitarios de Navarra, enero-abril 2001, vol. 24, (1). <<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/n1/salud1.html>> [consulta: 07 de junio 2011].
50. KOCH Elard [et. al.] Desigualdad Educacional y Socioeconómica como Determinante de Mortalidad en Chile: análisis de sobrevivencia en la cohorte del proyecto San Francisco. [en línea]. Revista Médica de Chile, noviembre 2007. Vol. 135 (11) pág. 1370-1379. <[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007001100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007001100002&script=sci_arttext)> [consulta: 16 junio 2011].
51. GOBIERNO DE CHILE. El AUGE y las enfermedades crónicas. Diabetes mellitus tipo 2. [en línea]. Ministerio de Salud de Chile <[http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges\\_ecronicas2.html](http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_ecronicas2.html)> [consulta: 16 febrero 2011]
52. PHILIP CROSBY ASOCIATES, Creating Capable Organization. [en línea]. <<http://www.philipcrosby.com/pca/index.html>> [consulta: 09 junio 2011].
53. CALIDAD TOTAL, Biografías: Genichi Taguchi. [en línea]. <<http://www.fundameca.org.mx/Biografias/Taguchi/index1.php>> [consulta: 09 junio 2011].

54. GOBIERNO DE CHILE. Satisfacción del usuario. [en línea]. Servicio de Salud de Chiloé < [http://sschiloe.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/sschiloe/g\\_participacion\\_ciudadana/satisfaccion\\_del\\_usuario.html](http://sschiloe.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/sschiloe/g_participacion_ciudadana/satisfaccion_del_usuario.html)> [consulta: 6 junio 2011].
55. GALLEGO F. R.J. Calidad de la Asistencia al Paciente con Diabetes Mellitus Tipo II en el Ámbito de una Consulta de Atención Primaria. [en línea]. Av. Diabetol, abril-junio 2002, vol. 18, (2), pág. 84-93. <<http://www.sediabetes.org/resources/revista/00011565archivoarticulo.pdf>> [consulta: 27 junio 2011].
56. NUÑEZ P. Historia Reciente de la Educación Chilena. [en línea]. Chile, 1997, <<http://historiaeducacion.tripod.com/id7.html>> [consulta: 28 junio 2011].
57. REVISTA CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA. [en línea]. Santiago, Chile, 2005, vol. 20. (1). pág. 5. □ <http://www.revistamedintensiva.cl/pdf/04Barrientos.pdf> □ [consulta: 22 Julio 2011].

## VI. ANEXOS

### 6.1 Definición nominal y operacional de variables

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICION NOMINAL	DEFINICION OPERACIONAL	PREGUNTA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	Fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.	<p>Según escala SERVQUAL modificada la calidad de atención será el resultado de la diferencia por dimensión e ítemes del puntaje entre las encuestas de percepciones y la encuestas de expectativas, categorizándose en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto nivel de calidad.</li> <li>• Modesto nivel de calidad.</li> <li>• Bajo nivel de calidad.</li> </ul>	¿Cuál es la calidad de la atención de enfermería?

<b>ANTECEDENTES SOCIODEMO- GRÁFICAS</b>	<b>DEFINICION NOMINAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>PREGUNTA</b>
EDAD DEL USUARIO DIABÉTICO TIPO II	Períodos en años transcurridos desde el nacimiento hasta el día actual.	Persona > 0 = a 18 años.	¿Cuál es su edad actual? Por favor escríbala.
SEXO DEL USUARIO DIABÉTICO TIPO II	Condición orgánica determinada cromosómicamente que diferencia al hombre de la mujer.	Femenino: conjunto de características físicas y biológicas propias de una mujer.  Masculino: conjunto de características físicas y biológicas propias de un hombre.	¿Cuál es su sexo?, Marque con una “equis” X.  ▪ Femenino.  ▪ Masculino.
ESCOLARIDAD DEL USUARIO	Nivel de instrucción sistemática lograda a través del sistema	a) Nivel de enseñanza	¿Hasta que curso estudio? Por favor



<p>DIABÉTICO TIPO II</p>	<p>educacional formal.</p>	<p>alcanzado por el usuario. b) Según la encuesta ESOMAR Chile para calcular el nivel socioeconómico<sup>41</sup>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educación básica incompleta o inferior.</li> <li>2. Básica completa.</li> <li>3. Media incompleta (incluyendo Media Técnica).</li> <li>4. Media completa, técnica incompleta.</li> <li>5. Universitaria incompleta, técnica completa.</li> <li>6. Universitaria completa.</li> <li>7. Post Grado (Master, Doctor o equivalente).</li> </ol>	<p>escríbalos. ¿Hasta que curso estudio la persona que aporta el ingreso principal de su hogar? Por favor escríbalos.</p>
<p>ACTIVIDAD LABORAL</p>	<p>Actividad a la que una persona se dedica en un determinado</p>	<p>a) Trabajo actual realizado por la persona encuestada.</p>	

<p>ACTUAL USUARIO DIABÉTICO TIPO II</p>	<p>DEL tiempo.</p>	<p>b) Según la encuesta ESOMAR Chile para calcular el nivel socioeconómico<sup>41</sup>:</p> <p>1.Trabajos menores ocasionales e informales.</p> <p>2.Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.</p> <p>3.Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario.</p> <p>4.Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección, técnico especializado, profesional independiente de carreras técnicas, profesor primario o secundario</p> <p>5.Ejecutivo medio, gerente general de empresa media o</p>	<p>¿Cuál es su actividad laboral actual? Por favor escríbala.</p> <p>¿Cuál es la profesión de la persona que aporta el principal ingreso a su hogar? Por favor escríbalos.</p>
---	--------------------	---	--

		<p>pequeña, profesional independiente de carreras tradicionales.</p> <p>6. Alto ejecutivo de empresa grande, directores de grandes empresas, empresarios propietarios de empresas medianas y grandes, profesionales independientes de gran prestigio.</p>	
<p>NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL USUARIO DIABÉTICO TIPO II</p>	<p>Clasificación del usuario en relación a los recursos socioeconómico que se dispone.</p>	<p>Según la encuesta ESOMAR para Chile<sup>41</sup>:</p> <p>A = Muy Alto.</p> <p>B = Alto.</p> <p>Ca = Medio – Alto.</p> <p>Cb = Medio.</p> <p>D = Medio – Bajo.</p> <p>E = Bajo.</p>	<p>¿Cuál será el nivel socioeconómico de los usuarios diabéticos tipo II?</p>

## 6.2 Programa de Salud Cardiovascular: Factores de riesgo<sup>8</sup>:

### Factores de Riesgo Mayores:

- *Factores de riesgo no modificables:*
  - Edad y sexo: hombre  $\geq 45$  años o mujer post-menopáusica.
  - Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.
  - Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular: sólo cuando éstos han ocurrido en familiares de primer grado (madre, padre o hermanos), antes de los 55 años en los varones y 65 años en las mujeres.
- *Factores de riesgo modificables:*
  - Tabaquismo: fuma 1 ó más cigarrillos al día.
  - Hipertensión arterial (HTA): presión arterial  $\geq 140/90$  mmhg en al menos tres controles.
  - Diabetes mellitus (DM): glicemia en ayunas  $\geq 126$  mg/dL en al menos 2 ocasiones o glicemia casual  $\geq 200$  mg/dL asociada a síntomas clásicos (polidipsia, polifagia, poliuria).
  - Dislipidemia: colesterol total  $\geq 200$  mg/dL o colesterol LDL  $\geq 130$  mg/dL o colesterol HDL  $< 40$  mg/dL y triglicéridos (TGC)  $\geq 150$  mg/dL.

### Factores de riesgo condicionantes<sup>8</sup>:

- Obesidad: índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$ .
- Obesidad abdominal: circunferencia de cintura (CC)  $\geq 88$  cm en la mujer o  $\geq 102$  cm en el hombre.
- Hábito sedentario: no realiza actividad física de intensidad moderada con una frecuencia de al menos 3 veces a la semana, durante un mínimo de 30 minutos diarios.
- Colesterol HDL  $< 40$  mg/dL.
- Triglicéridos  $\geq 150$  mg/dL.

### 6.3 Elementos terapéuticos del Programa de Salud Cardiovascular<sup>8</sup>

- *Educación:* Para fomentar hábitos de vida saludable y autocuidado de los usuarios, considerando temas como: alimentación, ejercicio físico, supresión del tabaco, entre otros.
- *Nutrición:* Para una alimentación ajustada a cada patología y un módulo para el abordaje terapéutico inicial de la obesidad.
- *Ejercicio físico:* Adecuado a la capacidad funcional de cada individuo según sus condiciones cardiovasculares y biomecánicas.
- *Fármacos:* Suficientes para lograr las metas propuestas de cada patología, y aún más, cuando las medidas no farmacológicas, como la nutrición y el ejercicio físico, sean deficientes.

### 6.4 Clasificación de Diabetes Mellitus según la OMS<sup>22</sup>

▪ **Diabetes Mellitus tipo I:** También llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia. Se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Sus síntomas consisten, entre otros, en poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

▪ **Diabetes Mellitus tipo II:** También llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta. Se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo de diabetes representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Sus síntomas son similares a los de la diabetes tipo I, pero menos intensos.

▪ **Diabetes Gestacional:** Es un estado hiperglicémico que aparece o se detecta por vez primera durante el embarazo. Sus síntomas son similares a los de la diabetes de tipo I y II, pero suele diagnosticarse mediante las pruebas prenatales, pues el paciente no siempre refiere síntomas.

## 6.5 Garantías Explícitas en Salud: Diabetes mellitus tipo II

- *Diagnóstico dentro de los 45 días:* Si hay indicio de diabetes mellitus tipo II, la persona será evaluada dentro de 45 días a partir de la sospecha, por un médico del consultorio o CESFAM. El usuario con diagnóstico confirmado tendrá acceso a una evaluación integral por médico, enfermera y nutricionista, además de exámenes de sangre y de orina dentro de 24 horas.
- *Tratamiento, insulina y curaciones:* La persona con diabetes mellitus tipo II confirmada tendrá garantizado el tratamiento, el que puede ser farmacológico o no farmacológico, dentro de 24 horas desde la confirmación del diagnóstico. Aquellas personas en tratamiento con insulina, en control con especialista y con indicación médica tendrán acceso a un medidor de glicemia y a insumos para el autocontrol. Las personas con úlceras de los pies tendrán acceso a curación avanzada de heridas.
- *Atención con especialista:* El usuario tendrá acceso a atención con un médico especialista, dentro de 90 días desde solicitada la interconsulta, en caso necesario.

## 6.6 Teoría de Enfermería Joyce Travelbee

### MODELO DE LA RELACIÓN DE PERSONA A PERSONA<sup>36</sup>

Travelbee fue una enfermera que ejerció y enseñó enfermería psiquiátrica y escribió sobre ella. Nació en 1926, completó estudios básicos de formación en 1946 en la escuela de enfermería del Charity Hospital de Nueva Orleans. Obtuvo el grado de B.S. en enfermería, por la Universidad Estatal de Luisiana, en 1956 y el de M.S. en enfermería, por Yale, en 1956. En el verano de 1973, Travelbee inició un curso de doctorado en Florida, pero no pudo completarlo debido a su muerte prematura a finales de este año. Travelbee falleció a la edad de 47 años, después de una breve enfermedad y sin dejar descendencia.

Inició su carrera como formadora en 1952, enseñando enfermería psiquiátrica en la escuela afiliada del Depau Hospital de Nueva Orleans, al tiempo que desarrollaba sus estudios superiores. También enseñó enfermería psiquiátrica en la escuela de enfermería del Charity Hospital, en la Universidad estatal de Luisiana, en la de Nueva York y en la de Mississippi, en Jackson. En 1970 fue nombrada directora de proyectos en la escuela de enfermería del hotel Dieu de Nueva Orleans. En el momento de su muerte, Travelbee era directora de formación para graduados en la escuela de enfermería de la Universidad Estatal de Luisiana. Empezó a publicar artículos en revistas de enfermería en 1963. Su primer libro, *“Interpersonal aspects of nursing”*, se editó en 1966 y 1971. En 1969 apareció un segundo libro titulado *“Intervention in Psychiatric Nursing”*.

#### Fuentes Teóricas:

Las experiencias de Travelbee durante su formación en enfermería y sus primeras prácticas en instituciones católicas de caridad tuvieron una gran influencia en el desarrollo de su teoría. Travelbee opinaba que los cuidados de enfermería suministrados a los pacientes de estas instituciones no estaban guiados por la compasión. Sentía que la enfermería precisaba “una revolución humanística, que la centrara de nuevo en su función asistencial, en la atención y

apoyo a las personas enfermas”, y predijo que, si no tenía lugar esta revolución, los pacientes terminarían por solicitar los “*Servicios de una clase nueva y diferente de personales sanitarios*”.

Probablemente, Travelbee recibió el influjo de Ida Jean Orlando, quien fue una de sus profesoras durante sus estudios de especialización en Yale. El modelo de Orlando muestra algunas semejanzas con el que propone Travelbee. Así, Orlando afirmaba que “la enfermera tiene la responsabilidad de ayudar al paciente a evitar y aliviar el malestar que se deriva de las necesidades no satisfechas”. También sostenía que la enfermera y el paciente interaccionaba mutuamente.

También recibe la influencia de Viktor Frankl, quien propuso la teoría de logoterapia, en el cual el paciente “se enfrenta realmente al sentido de su vida y se orienta hacia él”. Travelbee basó los supuestos de su teoría en los conceptos de la logoterapia.

## **Supuestos Principales:**

### ***Enfermería***

Travelbee afirmaba que el propósito de esta profesión era ayudar a las personas, las familias o las comunidades a prevenir o a enfrentarse con la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario a dar sentido a tales experiencias. La enfermería es un proceso interpersonal, ya que se trata de una experiencia que surge entre el profesional de enfermería y una persona o un grupo de personas.

### ***Persona***

El término persona se entiende como ser humano. La enfermera y el paciente son seres humanos. Cada ser humano es una persona única e irremplazable que se encuentra en un proceso continuo de progresión, evolución y cambio.



## **Salud**

Travelbee definió la salud según criterios objetivos. El estado de salud subjetivo de una persona se define como su sensación de bienestar de acuerdo con la apreciación propia de su estado físico-emocional-espiritual. La salud objetiva es “la ausencia de una enfermedad, incapacidad o defecto discernible, según las medidas obtenidas por exámenes físicos, pruebas de laboratorio, evaluación por un director espiritual u opinión de un consejo psicológico”.

## **Entorno**

En su teoría, Travelbee no define explícitamente el término entorno. Define, en cambio, la condición humana y las experiencias vitales por las que atraviesan todos los seres humanos, como el sufrimiento, la esperanza, el dolor y la enfermedad. Estas situaciones son equiparables con el entorno.

## **Principales conceptos y definiciones:**

### **Ser Humano**

“Un ser humano se define como un individuo único e irremplazable, irrepetible en este mundo, parecido pero diferente a cualquier otra persona que haya existido o valla a existir jamás.

### **Paciente**

Este término es un estereotipo que resulta útil para la economía y la comunicación. “En realidad no existen pacientes. Tan solo seres humanos que necesitan atención, servicios y asistencia de otros seres humanos a quienes se supone capaces de prestar los cuidados necesarios”.

### **Enfermera**

La enfermera es también un ser humano. “La enfermera posee un sustrato de conocimientos especializados que es capaz de aplicar en su objetivo de ayudar a otros seres humanos a prevenir la enfermedad, recuperar la salud, encontrar un sentido a la enfermedad o mantener el grado máximo de salud.”

### ***Enfermedad***

La enfermedad es “una categoría y una clasificación”. Travelbee no utilizó el término enfermedad como definición de una situación de falta de salud, si no que se dedicó más bien a explorar la experiencia humana de la enfermedad. Definió la enfermedad basándose en criterios objetivos y subjetivos. Los primeros vienen determinados por los efectos de la enfermedad que se manifiestan externamente en el individuo. Por su parte, los criterios subjetivos se refieren a la forma en que cada ser humano se percibe a si mismo como enfermo.

### ***Sufrimiento***

“El sufrimiento es una sensación de malestar que comprende desde una simple molestia transitoria de tipo mental, físico o espiritual, hasta la angustia extrema y las fases que siguen a esta angustia, principalmente las de la nociva desesperación y a autoabandono y la fase terminal de indiferencia apática.”

### ***Dolor***

“El dolor no es observable en si mismo, tan solo se advierten sus efectos.” Es una experiencia individual difícil de transmitir plenamente a otras personal. La experiencia del dolor es única para cada individuo.

### ***Esperanza***

“La esperanza es un estado mental caracterizado por el deseo de alcanzar una meta o de cumplir un objetivo, combinado con ciertas expectativas de que lo que se desea es o puede ser asequible.” Guarda relación con factores como la dependencia de los demás, la capacidad de elección, los deseos, la confianza y perseverancia y el valor, y está orientada hacia el futuro.

### ***Desesperanza***

La desesperanza es la falta de esperanza.

### ***Comunicación***

“La comunicación es el proceso por el cual la enfermera es capaz de establecer una relación de persona a persona con el paciente y, por tanto, cumplir con el objetivo de la enfermería.”

### ***Interacción***

“El término interacción se refiere a todo contacto en el curso del cual dos personas ejercen una influencia recíproca y se comunican entre si por medios verbales o no verbales.”

### ***Interacción enfermera-paciente***

“El término hace referencia a cualquier contacto establecido entre una enfermera y una persona enferma y se caracteriza por el hecho de que ambos individuos se perciben recíprocamente desde una perspectiva estereotipada.”

### ***Necesidad de enfermería***

Una necesidad de enfermería es todo requisito de la persona enferma (o de su familia) que puede ser satisfecho por un profesional de la enfermería y que se incluye en el marco de la definición legal de la práctica de esta profesión.”

### ***Utilización terapéutica del yo***

“La utilización terapéutica del yo es la capacidad de utilizar la propia personalidad de forma consciente y con plena intención para intentar establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería.” “requiere introspección, comprensión de uno mismo, entendimiento de la dinámica de la conducta humana, capacidad para interpretar las actitudes propias y las de los demás y habilidad para intervenir con eficacia en las situaciones de enfermería.”

### ***Empatía***

“Es un proceso por el cual una persona es capaz de comprender el estado psicológico de otra”.

### ***Simpatía***

Implica el deseo de ayudar a una persona sometida a estrés.

### ***Compenetración***

“Es un proceso, un acontecimiento, una experiencia o serie de ellas que viven simultáneamente la enfermera y el receptor de sus cuidados. Está constituido por el cúmulo de pensamientos y sentimientos interrelacionados, y por la transmisión o comunicación de tales pensamientos, sentimientos y actitudes de un ser humano a otro.”

### ***Relación Persona a Persona***

“La relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que viven la enfermera y el receptor de sus cuidados. La principal características de estas experiencias es que satisfacen las necesidades de enfermería que presentan los individuos (o las familias).” “En situación de enfermería la relación persona a persona constituye todo el medio por el que se cumple el objetivo de la enfermería.” Esta relación se establece cuando la enfermería y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases del encuentro original, revelación de identidades, empatía simpatía.”

### **MODELO DE RELACIÓN PERSONA A PERSONA**

Este modelo representa la interacción entre la enfermera y el paciente. Los semicírculos del nivel de encuentro original indican la posibilidad y la necesidad de establecer una relación terapéutica. Conforme avanza el proceso de interacción hacia el nivel de compenetración, estos semicírculos van completándose hasta cerrarse del todo, como símbolo de que se ha alcanzado la capacidad para una relación terapéutica.

### ***Encuentro original***

Está caracterizado por las primeras impresiones que recibe el profesional de enfermería de la persona enferma, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados.

### ***Relación de identidades***

Esta fase se caracteriza porque el profesional de enfermería y la persona enferma empiezan a verse mutuamente como individuos únicos. A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación.

### ***Empatía***

Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la persona. El resultado de este proceso de empatía es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación. Travelbee señalaba que el proceso de empatía se potencia gracias a dos cualidades: la semejanza en las experiencias vividas y el deseo de comprender a la otra persona.

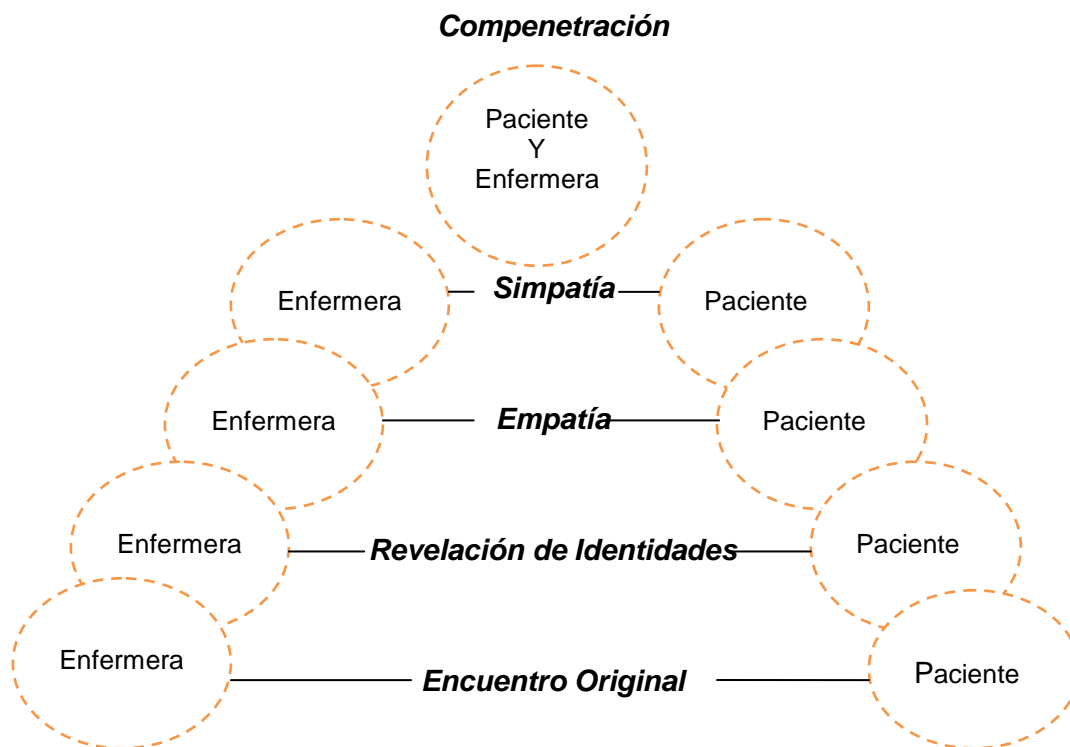
### ***Simpatía***

Va más allá de la empatía se produce cuando el profesional de enfermería desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente. “cuando se simpatiza con alguien, se produce una implicación personal que no imposibilita la acción adecuada.” El profesional de enfermería puede tomar decisiones eficaces de asistencia después de haber alcanzado la fase de simpatía. “ésta acción de asistencia eficaz requiere una combinación de un método intelectual disciplinado y el uso terapéutico del yo.”

### ***Compenetración***

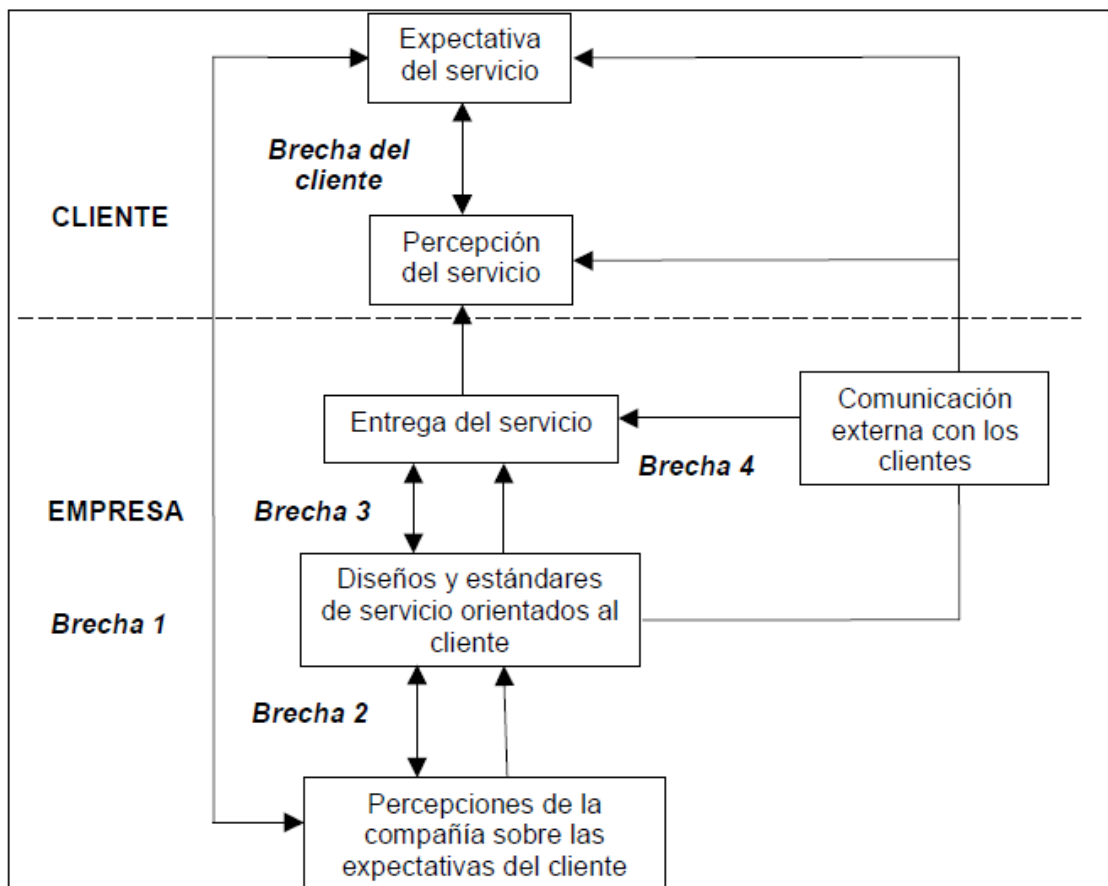
Se caracteriza por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento de una persona enferma. El profesional de enfermería y el paciente se relacionan como seres humanos, y este último deposita su confianza y su fe en el aquel. “una enfermera es capaz de lograr la compenetración porque cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesario para ayudar a las personas enfermas y porque es capaz de percibir, responder y apreciar la individualidad del ser humano enfermo.”

## 6.7 Esquema del modelo de relación de persona a persona de Joyce Travelbee



*Elaborado por William Hobbie y Theresa Lansinger sobre la base de los trabajos de Joyce Travelbee.*

## 6.8 Modelo de brechas



**Fuente:** La Mercadotecnia en las Organizaciones<sup>33</sup>.

## 6.9 Deficiencias o gaps del modelo SERVQUAL

	DEFICIENCIA	GAP	CAUSAS
1	No saber lo que esperan los usuarios.	Gap de información de marketing.	Insuficiente investigación de marketing. Mal uso de los resultados obtenidos de las investigaciones de marketing. Falta de interacción entre los niveles directivos y los clientes. Insuficiente comunicación ascendente desde el personal de contacto con el cliente hasta la dirección. Excesivos niveles jerárquicos.
2	Establecimientos de normas de calidad equivocadas.	Gap de estándares.	Deficiencia en el compromiso que asume la dirección con la calidad de servicio. Percepción de inviabilidad. Errores en la elaboración de normas estándares para las tareas. Ausencia de objetivos.
3	Deficiencias en la realización del servicio.	Gap de la prestación del servicio.	Ambigüedad en las funciones. Conflictos funcionales. Desajuste entre los empleados y sus funciones. Desajuste entre tecnología y las funciones. Sistemas inadecuados de supervisión y control. Falta de control percibido, que influye en la capacidad de respuesta. Falta de sentido de trabajo en equipo.
4	Discrepancia entre lo que se promete y lo que se realiza	Gap de comunicación	Deficiencias en la comunicación horizontal: es decir entre marketing y operaciones o viceversa. Diferencias en las políticas y procedimientos que se siguen en las oficinas o departamentos. Tendencia a prometer en exceso.
5	Discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de la calidad del servicio.		Es el resultado de las cuatro deficiencias anteriores.

**Fuente:** La Mercadotecnia en las Organizaciones<sup>33</sup>.



## 6.10 Dimensiones para medir la calidad:

- **Dimensión 1: Bienes materiales o tangibles.** Dentro de este criterio se encuentran variables como la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal de contacto y materiales de comunicación.
- **Dimensión 2: Confiabilidad.** Relacionada con la formalidad y exactitud a la hora de desarrollar el servicio.
- **Dimensión 3: Responsabilidad.** Puede traducirse en el deseo de servir pronta y eficazmente, donde la rapidez en la atención al cliente sea lo fundamental.
- **Dimensión 4: Seguridad.** Se refiere a la confianza que le infunde al cliente la persona que lo atiende, la cual puede ser determinada por la competencia y cortesía a la hora de impartir el servicio.
- **Dimensión 5: Empatía.** Es importante una atención individualizada, que el cliente sienta que se le está atendiendo de manera particular.

## 6.11 Escala SERVQUAL original

### EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE SERVICIOS

#### 1.- Instrucciones

Basado en su experiencia como consumidor piense en una empresa de salud que brindaría una excelente calidad en el servicio. Piense en una organización en la que usted estaría complacido de que lo/ la atendieran.

Por favor, indique el grado que usted piensa que una organización excelente debe tener respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es totalmente esencial, asigne el número 1. Si cree que la característica es absolutamente esencial para una institución de salud excelente, asigne el número 7. Si su decisión no es muy definida, encierre uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto al una organización que ofrece una excelente calidad en el servicio.

#### CUESTIONARIO SOBRE EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE SERVICIOS

Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de confiabilidad								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando una organización excelente promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple.							
2	Cuando un cliente tiene un problema, una organización excelente muestra sincero interés por resolverlo.							
3	Una organización excelente desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez.							

4	Una organización excelente proporciona sus servicios en la oportunidad en que promete hacerlo.							
5	Una organización excelente mantiene informados a los clientes sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios.							
<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de responsabilidad</b>								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Los empleados de una organización excelente brindan el servicio con prontitud a los clientes.							
2	Los empleados de una organización excelente siempre se muestran dispuestos a ayudar a los clientes.							
3	Los empleados de una organización excelente nunca están demasiado ocupados como para no atender a un cliente.							
<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de seguridad</b>								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	El comportamiento de los empleados de una organización excelente le inspira confianza.							
2	Los clientes se sienten seguros con la atención que reciben de una organización excelente.							
3	Los empleados de una organización excelente tratan a los clientes siempre con cortesía.							

4	El personal de una organización excelente cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los clientes.							
<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de empatía</b>								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	Una organización excelente le brinda atención individual.							
2	Una organización excelente cuenta con empleados que le brindan atención personal.							
3	Una organización excelente se preocupa de cuidar los intereses de sus clientes.							
4	Los empleados de una organización excelente entienden sus necesidades específicas.							
<b>Declaraciones sobre expectativas de la dimensión de bienes tangibles</b>								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	La apariencia de los equipos de una organización excelente es moderna.							
2	Las instalaciones físicas de una organización excelente son visualmente atractivas.							
3	La presentación del personal en una organización excelente es impecable.							
4	Los materiales comunicacionales asociados con el servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes,							

	etc.) de una organización excelente son visualmente atractivos.							
5	Los horarios de atención de una organización excelente son convenientes.							

## EVALUACIÓN DE LA PREPONDERANCIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO

### 1.- Instrucciones

A continuación se listan cinco características de las empresas que ofrecen servicios. Deseamos conocer que tan importante es cada una de esas características si usted está evaluando a una organización excelente.

Por favor, distribuya un total de 100 puntos entre las cinco características de acuerdo con la importancia que para usted tenga cada una de ellas: entre más importante sea una característica, más puntos se le asignarán. No olvide asegurarse que la suma de todos los puntos debe ser 100.

### CUESTIONARIO SOBRE PREPONDERANCIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE SERVICIO

Concepto		Puntaje
1	La apariencia de las instalaciones, equipo, personal y materiales de comunicación.	
2	La habilidad de la organización para desempeñar el servicio prometido confiable y correctamente.	
3	La disponibilidad de la organización para ayudar a los clientes y proveer un pronto servicio.	
4	El conocimiento y cortesía de los empleados y su habilidad para inspirar confianza.	
5	El cuidado y la atención personalizada que la organización brinda a sus clientes.	
		100 puntos

## EVALUACIÓN DE LAS PERCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE SERVICIOS

### 1.- Instrucciones

Piense en como lo hace la organización en estudio cuando se trata de brindar servicios al cliente e indique su percepción en cada afirmación del cuestionario.

Por favor, indique el grado que usted piensa que la organización tiene respecto a las características descritas en cada uno de los enunciados. Si usted siente que la característica no es totalmente satisfecha, asigne el número 1. Si cree que la característica es absolutamente satisfecha por la organización en estudio asigne el número 7. Si su decisión no es muy definida, marque uno de los números intermedios.

No existen respuestas correctas ni incorrectas, sólo interesa obtener un número que realmente refleje lo que usted piensa respecto a las empresas que ofrecen una excelente calidad en el servicio.

### CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIONES DE CALIDAD DE SERVICIOS

<b>Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de confiabilidad</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando la organización XX promete hacer algo en un tiempo determinado, lo cumple.							
2	Cuando un cliente tiene un problema, la organización XX, muestra sincero interés por resolverlo.							
3	La organización XX desempeña el servicio de manera correcta a la primera vez.							

4	La organización XX proporciona sus servicios con la oportunidad en que promete hacerlo.							
5	La organización XX mantiene informados a los clientes sobre el momento en que se van a desempeñar los servicios.							
<b>Declaraciones sobre percepciones de responsabilidad</b>								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	El personal de la organización XX brinda el servicio con prontitud a los clientes.							
2	El personal de la organización XX siempre se muestra dispuesto a ayudar a los clientes.							
3	El personal de la organización XX nunca está demasiado ocupado como para no atender a un cliente.							
<b>Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de seguridad</b>								
		Total desacuerdo				Total Acuerdo		
		1	2	3	4	5	6	7
1	El comportamiento del personal de la organización XX le inspira confianza.							
2	Los clientes se sienten seguros con la atención que reciben en la organización XX.							
3	La organización XX trata a los clientes siempre con cortesía.							



4	El personal de la organización XX cuenta con el conocimiento para responder las consultas de los clientes.							
<b>Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de empatía</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	La organización XX le brinda atención individual.							
2	La organización XX cuenta con empleados que le brindan atención personal.							
3	La organización XX se preocupa de cuidar los intereses de sus clientes.							
4	La organización XX entiende sus necesidades específicas.							
<b>Declaraciones sobre percepciones de la dimensión de bienes tangibles</b>								
		Total desacuerdo			Total Acuerdo			
		1	2	3	4	5	6	7
1	La apariencia de los equipos de la organización XX es moderna.							
2	Las instalaciones físicas de la organización XX son visualmente atractivas.							
3	La presentación del personal de la organización XX es impecable.							
4	Los materiales comunicacionales asociados con el							

	servicio (como folletos, recetas, orden de exámenes, etc.) de la organización XX, son visualmente atractivos.							
5	Los horarios de atención de la organización XX son convenientes.							

## 6.12 Escala ESOMAR para Chile<sup>41</sup>

### La Matriz de Clasificación Socio Económica

	1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional "pololos", cuidador de autos, limosna).	2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.	3. Obrero calificado, capataz, microempresario (kiosko, taxi, comercio menor, ambulante)	4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario	5. Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).	6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.
1. Básica incompleta o menos	E	E	D	CB	CB	CA
2. Básica completa	E	D	D	CB	CB	CA
3. Media incompleta. Media técnica completa (liceo industrial o comercial)	D	D	D	CB	CA	CA
4. Media completa. Superior técnica incompleta (instituto)	D	D	CB	CB	CA	B
5. Universitaria incompleta. Superior técnica completa (Instituto)	CB	CB	CA	CA	CA	B
6. Universitaria completa	CB	CB	CA	CA	B	A
7. Post grado (master, doctorado o equivalente)	CB	CB	CA	B	A	A

### 6.13 Alternativas de respuesta para el nivel de educación

1. Educación básica incompleta o inferior.
2. Básica completa.
3. Media incompleta (incluyendo Media Técnica).
4. Media completa. Técnica incompleta.
5. Universitaria incompleta. Técnica completa.
6. Universitaria completa.
7. Post Grado (Master, Doctor o equivalente).

#### **6.14 Alternativas de respuesta para la categoría ocupacional**

1. Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, “pololos”, cuidador de autos, limosna).
2. Oficio menor, obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato.
3. Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante).
4. Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor Primario o Secundario
5. Ejecutivo medio (gerente, sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (abogado, médico, arquitecto, ingeniero, agrónomo).
6. Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.

#### **6.15 Nivel Socioeconómico, según Escala ESOMAR para Chile:**

- A = Nivel socioeconómico muy alto.
- B = Nivel socioeconómico alto.
- Ca = Nivel socioeconómico medio-alto.
- Cb = Nivel socioeconómico medio.
- D = Nivel socioeconómico medio-bajo.
- E = Nivel socioeconómico bajo.

#### **6.16 Matriz de bienes para Escala ESOMAR para Chile:**

- Automóvil
- Computador.
- Horno Microonda.
- Cámara de video filmadora.
- Calefón u otro sistema de ducha caliente.
- Servicio de TV Cable.

#### **6.17 Nivel socioeconómico, según puntuación de la batería de bienes**

0 puntos = E (Nivel socioeconómico bajo).

1-2 puntos = D (Nivel socioeconómico medio-bajo).

3-4 puntos = Cb (Nivel socioeconómico medio).

5 puntos = Ca (Nivel socioeconómico medio-alto).

6 puntos = B (nivel socioeconómico alto).

## 6.18 Consentimiento informado

Señor (a) usuario (a):

El siguiente cuestionario que se solicita conteste, corresponde a una investigación titulada:

**“Calidad de la Atención de Enfermería y antecedentes sociodemográficos en usuarios diabéticos tipo II, adheridos al programa de salud cardiovascular, del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán, año 2011”**, con el fin de optar al grado académico de Licenciado en Enfermería de la Universidad del Bío Bío, Chillán.

El propósito de la investigación es: “Identificar la Calidad de Atención de Enfermería, de acuerdo a las expectativas y percepciones, de los usuarios diabéticos tipo II del CESFAM Isabel Riquelme de Chillán”.

- El tiempo estimado es de 10 minutos.
- Todo el procedimiento es de **absoluta confidencialidad y anonimato**, donde se guardarán los resultados y sólo serán utilizados con los fines del estudio.
- La participación es absolutamente **voluntaria**.
- En caso de preguntas puede consultar al encuestador que esté presente en el momento de realizarse el cuestionario.
- Los investigadores se comprometen a cumplir todo lo expresado en este consentimiento.

### AUTORIZACIÓN:

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente participaré en el estudio señalado. Además, doy mi consentimiento para que los datos que entregue en este cuestionario sean ocupados para los fines que expresa, con la explicación de la confidencialidad de los antecedentes entregados y los resultados de la investigación. Marque con una equis “X” su decisión.

---

Acepto contestar

---

No acepto contestar

Se agradece su colaboración.

## 6.19 Cuestionario de Antecedentes Generales del Usuario/a

### Instrucciones:

A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con sus antecedentes generales. Lea cuidadosamente cada una de ellas, responda con sinceridad según lo planteado. *Cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.*

**Por favor marque con una equis "X" la casilla que más se acerque a su preferencia:**

1. ¿Cuál es su sexo?

Femenino.

Masculino.

**Por favor escriba lo solicitado:**

2. ¿Cuál es su edad actual? : \_\_\_\_\_

3. a) ¿Cuál es su actividad laboral actual? \_\_\_\_\_

b) ¿Cuál es la profesión de la persona que aporta el principal ingreso a su hogar? \_\_\_\_\_

4. a) ¿Hasta que curso estudio? \_\_\_\_\_

b) ¿Hasta que curso estudio la persona que aporta el ingreso principal de su hogar? \_\_\_\_\_

## 6.20 Escala SERVQUAL modificada

### EVALUACIÓN DE LAS PERCEPCIONES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

**Instrucciones:** Por favor, recuerde como lo atiende el Profesional de Enfermería del CESFAM Isabel Riquelme en su control de diabetes.

A continuación se presentarán características relacionadas con la atención de Enfermería que usted recibe.

Según lo que usted recordó, indique el valor de importancia que le asignaría a cada una de las características, según lo que usted siente, marcando con una equis "X" la casilla que más se acerque a su preferencia.

**Lea cuidadosamente cada una de las características, cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.**

**Por ejemplo:**

- Si usted está **totalmente de acuerdo** en que la característica describe la atención recibida por el profesional de Enfermería en su control de diabetes, marque con una equis "X" en la casilla totalmente de acuerdo.

<b>Ejemplo:</b>	Total Desacuerdo	Muy Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
El Profesional de Enfermería siempre lo/la trata con cortesía.					<b>X</b>

- Si usted está en **total desacuerdo** en que la característica describe la atención recibida por el profesional de Enfermería en su control de diabetes, marque con una equis "X" en la casilla total desacuerdo.

<b>Ejemplo:</b>	Total Desacuerdo	Muy Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
El Profesional de Enfermería siempre lo/la trata con cortesía.	<b>X</b>				



De igual forma usted puede marcar en las casillas “muy desacuerdo”, “de acuerdo”, “muy de acuerdo”, según su preferencia, pero recuerde que solo debe marcar una casilla por cada característica.

En caso de equivocarse puede rallar la casilla y marcar su verdadera preferencia nuevamente.

		<b>Señale el valor de importancia que le asignaría usted a las siguientes características de la atención recibida por el Profesional de Enfermería del CESFAM Isabel Riquelme en su control de diabetes.</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Dimensión de Confiabilidad</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>C1</b>	El Profesional de Enfermería muestra sincero interés por resolver sus problemas presentados en el control de diabetes.					
<b>C2</b>	El Profesional de Enfermería le proporciona su atención de manera correcta en cada control.					
<b>C3</b>	El Profesional de Enfermería lo mantiene informado sobre su diabetes, su tratamiento y las metas que usted debe cumplir.					
<b>C4</b>	Cuando el Profesional de Enfermería le promete hacer algo, lo cumple en un tiempo determinado.					
<b>Dimensión de Responsabilidad</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>R1</b>	El Profesional de Enfermería siempre se muestra dispuesto a ayudarlo cuando usted tiene un problema.					

<b>R2</b>	El Profesional de Enfermería le brinda su atención con agilidad.					
<b>R3</b>	El Profesional de Enfermería siempre tiene tiempo disponible para atenderlo/a.					
<b>Dimensión de Seguridad</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>S1</b>	El comportamiento del Profesional de Enfermería le inspira confianza.					
<b>S2</b>	El Profesional de Enfermería siempre lo/la trata con cortesía.					
<b>S3</b>	El Profesional de Enfermería tiene los conocimientos para responder a sus consultas.					
<b>S4</b>	El Profesional de Enfermería le entrega seguridad al momento de atenderlo/a.					
<b>Dimensión de Empatía</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>E1</b>	El Profesional de Enfermería le brinda una atención personalizada.					
<b>E2</b>	El Profesional de Enfermería entiende sus necesidades específicas presentadas en el control.					

## EVALUACIÓN DE LAS EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE ATENCIÓN

### Instrucciones:

Por favor, **imagine una atención de Enfermería, en un control de diabetes de excelente calidad, donde usted estaría muy conforme de ser atendido.**

A continuación se presentarán características relacionadas con la atención de Enfermería excelente.

Según lo que imaginó, indique el valor de importancia que usted le asignaría a cada una de las características, marcando con una equis “X” la casilla que más se acerque a su preferencia.

**Lea cuidadosamente cada una de las características, cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.**

### Por ejemplo:

- Si usted está **totalmente de acuerdo** en que la característica describe a un profesional de Enfermería excelente, marque con una equis “X” en la casilla totalmente de acuerdo.

<b>Ejemplo:</b>	Total Desacuerdo	Muy Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Debería siempre tratar a los pacientes con cortesía.					<b>X</b>

- Si usted está en **total desacuerdo** en que la característica describe a un profesional de Enfermería excelente, marque con una equis “X” en la casilla total desacuerdo.

<b>Ejemplo:</b>	Total Desacuerdo	Muy Desacuerdo	De Acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
Debería siempre tratar a los pacientes con cortesía.	<b>X</b>				

De igual forma usted puede marcar en las casillas “muy desacuerdo”, “de acuerdo”, “muy de acuerdo”, según su preferencia, pero recuerde que solo debe marcar una casilla por cada característica.

En caso de equivocarse puede rallar la casilla y marcar su verdadera preferencia nuevamente.

		<b>Señale el valor de importancia que le asignaría usted a las siguientes características en un Profesional de Enfermería excelente, en un control de diabetes:</b>				
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Dimensión de Confiabilidad</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>C1</b>	Debería mostrar sincero interés por resolver los problemas de los pacientes.					
<b>C2</b>	Debería proporcionar la atención de manera correcta en cada control.					
<b>C3</b>	Debería mantener informados a los pacientes sobre la diabetes, el tratamiento y las metas que debe lograr.					
<b>C4</b>	Debería cumplir lo que promete en un tiempo determinado.					
<b>Dimensión de Responsabilidad</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>R1</b>	Debería mostrarse siempre dispuesto a ayudar a los pacientes.					
<b>R2</b>	Debería brindar la atención con agilidad a los pacientes.					
<b>R3</b>	Debería siempre tener tiempo disponible para atender a los pacientes.					

<b>Dimensión de Seguridad</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>S1</b>	Su comportamiento debería inspirar confianza.					
<b>S2</b>	Debería siempre tratar a los pacientes con cortesía.					
<b>S3</b>	Debería tener los conocimientos para responder las consultas de los pacientes.					
<b>S4</b>	Debería entregar seguridad al momento de atender a los pacientes.					
<b>Dimensión de Empatía</b>		<b>Total Desacuerdo</b>	<b>Muy Desacuerdo</b>	<b>De Acuerdo</b>	<b>Muy de Acuerdo</b>	<b>Totalmente de Acuerdo</b>
<b>E1</b>	Debería brindar una atención personalizada a cada uno de los pacientes.					

## EVALUACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LAS DIMENSIONES DE CALIDAD DE ATENCION

### Instrucciones:

A continuación se presentan cuatro características, lea cuidadosamente cada una de ellas **pensando en una atención de Enfermería de excelente calidad.**

**Por favor, ordene las características del lado izquierdo, en las casillas del lado derecho, ubicando los números de las características en las casillas según la importancia que tienen para usted.**

No puede repetir los números y no debe dejar ninguna casilla en blanco, en caso de equivocarse puede rallar la casilla y marcar su verdadera preferencia nuevamente a un costado.

Cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.

- |  |                          |                            |
|--|--------------------------|----------------------------|
| 1._Desempeñar la atención prometida de forma correcta y confiable.         | <input type="checkbox"/> | <b>Lo más importante</b>   |
| 2._Disponibilidad para ayudar a los pacientes y dar una atención oportuna. | <input type="checkbox"/> | <b>Importante</b>          |
| 3._Trato amable y habilidad para inspirar confianza a los pacientes.       | <input type="checkbox"/> | <b>No tan importante</b>   |
| 4._ Cuidado y atención personalizada a los pacientes.                      | <input type="checkbox"/> | <b>Lo menos importante</b> |

