



UNIVERSIDAD VIÑA DEL MAR

ESCUELA DE LA SALUD

ODONTOLOGÍA

**DETERMINACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN MEDIANTE ENCUESTA
DE SATISFACCIÓN USUARIA SERVPERF EN CENTRO DE SALUD
FAMILIAR LAS TORRES, VIÑA DEL MAR, REGIÓN DE VALPARAÍSO, CHILE**

ALEJANDRA BARROS TOBAR

CAMILA CABALLERÍA CISTERNAS

BÁRBARA CARREÑO GONZÁLEZ

DANITZA CARREÑO FERNÁNDEZ

**Tesis para optar al título profesional de Cirujano Dentista y al grado
académico de Licenciado en Odontología**

Profesor Guía: Hugo Toloza Álvarez

Profesor Colaborador: Andrea Poblete Pérez

Agosto, 2020

Viña del Mar, Chile

Agradecimientos

Con este proyecto de investigación damos por terminada esta etapa de nuestras vidas, cargadas de experiencias y buenos momentos. Agradecemos la oportunidad de seguir avanzando en conocimientos, en un área donde podemos aportar de manera tangible a las personas dándoles seguridad, aumentando su calidad de vida y devolviendo sonrisas. Agradecemos a nuestros padres, nuestro más grande pilar, quienes nos enseñaron que con disciplina y perseverancia podemos alcanzar todo lo que nos propongamos. Reconocimiento a este grupo de tesis Alejandra, Camila, Bárbara y Danitza juntas construimos un gran equipo y con mucha dedicación creamos un momento en nuestra historia que será muy difícil de olvidar. Gracias a nuestros docentes guías Doctor Hugo Toloza y Doctora Andrea Poblete por su entrega durante este proyecto y por compartir sus experiencias y sus conocimientos con nosotras. Queremos realizar una mención honrosa a todos aquellos que nos acompañaron durante este camino, especialmente a Doctora Karina Cordero por su gran disposición durante el desarrollo de esta tesis.

A veces el camino es difícil, pero en equipo y con constancia todo es posible...

ÍNDICE

I. Introducción.....	8
II. Marco teórico.....	10
Capítulo 1: Salud Pública.....	10
1.1. Derecho a la Salud.....	10
1.2. Sistema de Salud Pública.....	10
1.2.1. Modelo de atención.....	11
1.2.2. Centro de Salud Familiar Las Torres.....	12
1.2.3. Características sociodemográficas.....	12
1.3. Previsiones de salud (FONASA).....	13
Capítulo 2: Satisfacción usuaria en salud.....	15
2.1. Calidad.....	15
2.2. Satisfacción usuaria.....	17
2.3. Determinantes de satisfacción en salud.....	19
Capítulo 3: Instrumento de medición de satisfacción subjetiva de calidad de servicios.....	20
3.1. SERVQUAL.....	20
3.1.1. La escuela Nórdica.....	21
3.1.2. La escuela Norteamericana.....	22
3.2. SERVPERF.....	26
3.3. Comparación SERVPERF y SERVQUAL.....	28
III. Problema de investigación.....	31
3.1. Síntesis del problema.....	31
3.2. Justificación de la investigación.....	32
3.3. Pregunta de investigación.....	34

IV. Objetivos	35
4.1. Objetivo general	35
4.2. Objetivos específicos	35
V. Materiales y método	36
5.1. Tipo de estudio.....	36
5.2. Población y muestra.....	36
5.3. Criterios inclusión	36
5.4. Criterios exclusión	36
5.5. Definición de las variables	39
5.6. Recolección de datos	42
5.7. Consideraciones éticas	42
5.7.1. Valor	42
5.7.2. Validez científica	43
5.7.3. Selección equitativa del sujeto	43
5.7.4. Proporción favorable de riesgo-beneficio	44
5.7.5. Evaluación independiente	44
5.7.6. Consentimiento informado	45
5.7.7. Respeto a los sujetos inscritos.....	45
5.8. Metodología	46
VI. Resultados	48
6.1. Objetivo n°1: Describir características sociodemográficas de los usuarios del CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.....	48
6.1.1. Análisis Descriptivo.....	48
6.2. Objetivo n°2: Identificar dimensiones del instrumento de medición SERVPERF de mayor relevancia en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.....	54

6.3. Objetivo n°3: Determinar el nivel de satisfacción según: elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.....	57
6.4. Objetivo n°4: Comparar el nivel de satisfacción en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar, según características sociodemográficas.....	62
VII. Discusión.....	67
VIII. Conclusiones.....	70
IX. Sugerencias y limitaciones.....	72
X. Bibliografía.....	73
XI. Anexo.....	77
Anexo n°1: Aprobación del comité ético científico UVM.....	77
Anexo n°2: Consentimiento informado.....	778
Anexo n°3: Encuesta de investigación cuestionario.....	79
3.1. Presentación.....	79
3.2. Antecedentes del usuario.....	79
3.3. Instrucciones.....	80
Anexo n°4: Tablas materiales y método.....	82
Anexo n°5: Tablas de resultados.....	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla n°1: Tramo de ingreso FONASA.....	14
Tabla n°2: Descripción de copago FONASA	14
Tabla n°3: Dimensiones de calidad	17
Tabla n°4: Dimensiones de SERVQUAL	23
Tabla n°5: Dimensiones de SERVPERF	28
Tabla n°6: Comparación de SERVQUAL y SERVPERF	29
Tabla n°7: Variables sociodemográficas.....	39
Tabla n°8: Variables de la encuesta SERVPERF.....	41
Tabla n°9: Nivel de satisfacción.....	42
Tabla n°10: Resultados de las evaluaciones según dimensión.....	55
Tabla n°11: Resultados prueba de Nemenyi.	55
Tabla n°12: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión tangibilidad.	57
Tabla n°13: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión confiabilidad. ..	58
Tabla n°14: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión cap.de resp.....	59
Tabla n°15: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión seguridad.....	60
Tabla n°16: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión empatía.	61
Tabla n°17: Medianas de satisfacción por dimensión según edad.	63
Tabla n°18: Medianas de satisfacción por dimensión según sexo.	63
Tabla n°19: Medianas de satisfacción por dimensión según ocupación.	64
Tabla n°20: Medianas de satisfacción por dimensión según nivel de estudio.	65
Tabla n°21: Medianas de satisfacción por dimensión según prestaciones de salud.	66
Tabla n°22: Medianas de satisfacción por dimensión según tiempo de permanencia.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Nórdico.....	21
Figura 2: Instrumento de medición SERVQUAL.....	24
Figura 3: Vacíos instrumento de mediciónSERVQUAL.....	25

I. Introducción

Los trabajos sobre evaluación de la calidad del servicio o de atención a usuarios, que toman en cuenta la opinión, tienen su origen en el sector empresarial y han sido aplicados a la evaluación de la atención en salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad como: “un alto nivel de excelencia profesional usando eficientemente los recursos con un mínimo de riesgos para el usuario, para lograr un alto grado de satisfacción por parte de este y produciendo un impacto positivo en salud” (Hermitaño, M.T. & Dávila, V.R., 2010).

Desde hace algunos años, en los países desarrollados, se ha incorporado el punto de vista de los consumidores de salud como parte del concepto de calidad en la atención sanitaria. Esto ha permitido mejorar los procesos respecto de los elementos de satisfacción y calidad percibida en la atención de salud (Pezoa, G.M. & Superintendencia de salud, 2013). Hoy en día existen otras variables que son muy importantes para el usuario al momento de acudir a un servicio de atención de salud como, por ejemplo, la relación médico-paciente, la infraestructura del servicio, el tiempo de atención, la calidad de información que recibe, la empatía con el personal que trabaja en salud, etcétera.

Desde el año 1985, la escuela norteamericana se ha centrado en la gestión de la calidad del servicio, partiendo de la búsqueda de respuestas a preguntas relacionadas con el servicio y su mejora, tarea desarrollada por los investigadores Parasuraman, Zeithaml y Berry de la Universidad de Texas (Berry, L. L.; Zeithaml, V. A. & Parasuraman, A., 1985). Para responder a tales preguntas, los investigadores antes mencionados realizaron una serie de estudios cualitativos y cuantitativos a clientes de diferentes comercios y negocios, como bancos, telefonía, corredores de bolsa, entre otros. Para el año 1988, mediante una investigación sobre la capacidad de medición de una escala basada exclusivamente en el desempeño, crearon el instrumento de medición SERVQUAL (*Service Quality*). Luego en el año 1992 Cronin & Taylor desarrollaron un nuevo instrumento de medición al que nombraron SERVPERF (*Service Performance*), que a diferencia del SERVQUAL, solo se enfoca en las percepciones de los clientes sobre el servicio que se les ha brindado (García-Mestanza, J. & Díaz-Muñoz, R., 2008). El instrumento de medición SERVPERF se utiliza para examinar el desempeño de un establecimiento o servicio, el cual arroja una medición de la efectividad de estos (Vizcaíno, A. D. J.; Marín, V.; Vargas, B., J. & Gaytan-Cortes, J., 2017).

Cronin & Taylor en los años 1992 y 1994, llegaron a la conclusión de que el instrumento de medición SERVQUAL, propuesto por Parasuraman, Zeithaml & Berry, no era el más adecuado para evaluar la calidad del servicio, ya que este evaluaba a su vez las expectativas y la

percepción del servicio, cuya diferencia significarían las distancias entre lo que espera recibir el cliente y lo que finalmente recibe, por lo que crearon una escala más concisa para medir solamente la satisfacción del servicio o lo que se conoce como la percepción del servicio, producto de la experiencia obtenida, retomando los mismos ítems propuestos por el instrumento de medición SERVQUAL (García-Mestanza, J. & Díaz-Muñoz, R., 2008).

Desde hace algunos años en nuestro país se ha comenzado a explorar en la implementación de una encuesta única que mide satisfacción y calidad percibida, la que se ha probado en un piloto con usuarios del sistema público de salud. El objetivo es poder contar con un instrumento que permita identificar los atributos sensibles para las personas al evaluar la calidad percibida en la atención sanitaria y poder así contribuir al mejoramiento de este proceso (Pezoa, G.M. & Superintendencia de salud, 2013).

Medir la satisfacción de los usuarios del sistema público de salud es importante, porque un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas para mejorar su salud.

La escasa información pública, de acceso libre y gratuito, existente sobre cómo los usuarios perciben la calidad de la atención de salud o cuán satisfechos están, no permite tener un conocimiento acabado en esta área. Cotidianamente se difunden a través de los medios de comunicación críticas realizadas por los usuarios respecto a la atención de salud recibida en situaciones puntuales. Sin embargo, no siempre se conocen con precisión cuáles han sido los factores en los que están basadas estas críticas, ¿qué están evaluando cuando expresan estas quejas?, ¿comparan esta insatisfacción con algún estándar propio?, ¿tiene que ver con el cumplimiento o no de sus expectativas?, ¿cuáles son los componentes que determinan que los chilenos se sientan satisfechos con la atención de salud?, ¿existe consenso de esos elementos respecto de lo que piensan los profesionales de salud y los usuarios?, ¿existe un denominador común entre usuarios del sistema de salud, público y privado, que los hace sentirse satisfechos?.

El conocimiento de las necesidades de atención percibidas, a través de las encuestas de opinión, conducirán a una mejor planificación del servicio prestado en la atención de salud primaria, ya que se podrán implementar programas de mejoras según la información obtenida.

A través de esta investigación se analizará la percepción de la calidad de atención mediante la encuesta de satisfacción usuaria SERVPERF en Centro de Salud Familiar, CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar, región de Valparaíso, Chile.

II. Marco teórico

Capítulo 1: Salud Pública

1.1. Derecho a la Salud

En la Constitución Política de la República Chile, en su artículo 19, número 9 (2020) afirma: “asegura el acceso libre e igualitario a la salud, sea en acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación”. Es deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea en el sistema público o privado. Además, se regulan los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud a través de la Ley N°20.584 sobre deberes y derechos de los pacientes, vigente desde el 1 de octubre de 2012, la cual se aplica a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, público o privado, al igual que a los profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2012).

La Ley antes mencionada regula los derechos como la seguridad en la atención de salud, derecho a un trato digno, derecho a la atención preferente, derecho a tener compañía y asistencia espiritual, derecho de información, derechos de las personas con discapacidad psíquica o intelectual, participación de las personas usuarias, entre otras. Por otro lado, regula deberes como respetar el reglamento interno del prestador, cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición para los fines de atención, así como el trato respetuoso a los integrantes del equipo de salud y la colaboración con los mismos (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2012).

1.2. Sistema de Salud Pública

El sistema de salud pública de Chile corresponde a un sistema mixto, tanto en financiamiento como en prestaciones, esto significa que el financiamiento combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo dando a los trabajadores la libertad de elegir entre ambos. La primera es de naturaleza pública y la gestiona el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la segunda está constituida por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), aseguradora privada de salud (Superintendencia de Salud, 2017).

En cuanto a la prestación de servicios, es otorgada a través de la red asistencial de salud, la cual se define como el conjunto de establecimientos públicos o privados que suscriben convenio con el servicio de salud. Estos establecimientos deben colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera oportuna y efectiva las necesidades de la población. De manera de optimizar

su administración, se dividen en tres categorías principales según el nivel de contacto y de atención (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2019):

- a) Atención primaria:** Corresponde al primer contacto de los usuarios con el sistema público; brinda atenciones ambulatorias y son administrados en su mayoría por las corporaciones municipalidades. Su principal objetivo es prevenir y anticiparse a la enfermedad mediante un modelo de atención centrado en las personas, sus familias y la comunidad. Dentro de estos establecimientos se encuentran los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y Postas de Salud Rurales (PSR).
- b) Atención secundaria:** Son todos aquellos establecimientos que brindan atención ambulatoria a los usuarios que hayan sido derivados desde el nivel primario, cuando el profesional de la salud ha determinado que requiere atención de mayor complejidad. Son parte de esta categoría los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y centros de especialidades.
- c) Atención terciaria:** Está constituida por establecimientos hospitalarios, donde se realizan actividades de alta complejidad. Es posible que realicen funciones de nivel secundario. Además, entran en esta categoría establecimientos especializados como hospitales de especialidades o centros clínicos especializados, que están determinados por el Ministerio de Salud (MINSAL).

1.2.1. Modelo de atención

En el año 2005 entró en vigencia la Reforma de Salud, la cual garantiza una mejor calidad en salud de la población, minimizando las disparidades observadas y asegurando equidad de acceso a servicios de salud de alta calidad y capacidad resolutive. Hoy en día, la atención de salud se basa en el Modelo de Atención Integral, con énfasis en la salud familiar y comunitaria y dando principal importancia a las demandas ciudadanas. A través de este, se busca la relación entre las personas —con su entorno— y los equipos de salud, entendiendo la atención de salud como un proceso continuo de cuidado integral de las personas y sus familias, el cual se anticipa por una parte a la aparición de la enfermedad y entregando herramientas para el autocuidado y, por otra parte, permite a la red sanitaria responder de manera oportuna, eficiente y eficaz frente a un problema de salud para lograr recuperar el estado de bienestar (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012).

El Modelo de Atención Integral de Salud se orienta hacia la mejora de la equidad en los resultados en salud. Para esto se han descrito once principios, los cuales pueden estar

contenidos uno dentro de otros, tres de ellos irrenunciables: centrado en el usuario, integralidad y continuidad de cuidado. El primero tiene como objetivo establecer un trato de excelencia, establecer relaciones de confianza y de ayuda, así como facilitar el acceso de la población a la atención de salud; mientras que el segundo implica que los servicios disponibles sean suficientes para responder a las necesidades de la población desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano, considerando el sistema de creencias de los usuarios. Finalmente, la continuidad de cuidado se define —desde la perspectiva del usuario— como el grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo y, por otro lado —desde la perspectiva de los Sistemas de Salud— se entiende una continuidad clínica, funcional y profesional (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012).

Con la implementación de la Reforma de Salud, se propone una organización de la red de salud que establece la atención primaria (APS), a través de los CESFAM, como el eje central de la atención, en su interacción con la comunidad, el interceptor, y con los otros actores de la red de salud centrado en el usuario, favoreciendo la accesibilidad, la utilización de los servicios y estableciendo el primer contacto a través del respeto y promoción de la autonomía de los individuos, familias y comunidades (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012).

1.2.2. Centro de Salud Familiar Las Torres

El CESFAM Las Torres fue fundado en diciembre de 1993. Es un centro de atención primaria con enfoque en el modelo de salud familiar y comunitario, con énfasis en la promoción y prevención de salud. Se encuentra ubicado en el sector de Forestal Alto de la comuna de Viña del Mar y atiende a una población de 14.539 usuarios, aproximadamente según último recuento entregado por Corporación Municipal de Viña del Mar (Corporación Municipal Viña del Mar, 2019).

1.2.3. Características sociodemográficas

Según el diccionario demográfico multilingüe de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP, 1985), la demografía se entiende como la ciencia que tiene por objeto el estudio de la población humana, ocupándose de su dimensión, estructura, evolución y caracteres generales, principalmente desde un punto de vista cuantitativo.

Las dimensiones que se abordan en esta ciencia se refieren al conjunto de variables del estado y la dinámica de la población. Se entenderá por variables de estado, el volumen o tamaño de la población en un determinado momento (por ejemplo, en el momento del Censo) y su

composición de acuerdo a diferentes variables, tales como sexo y edad (o estructura etaria), actividad económica, nupcialidad, área de residencia (urbana, rural), entre otras. Por su parte, las variables de la dinámica o de cambio poblacional corresponden a la natalidad y fecundidad, la mortalidad y las migraciones (Damianovic, C.N. & Instituto Nacional de Estadísticas, 2008).

La salud constituye una de las dimensiones más relevantes a la hora de promover el bienestar y desarrollo social de un país. Como ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Conferencia de Río realizada en el año 2012, las medidas sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud, tanto para los pobres y vulnerables como para toda la población, son importantes para crear sociedades inclusivas, equitativas, económicamente productivas y sanas (Ministerio de desarrollo social y familia Gobierno de Chile, 2013).

De lo anteriormente descrito, se imponen exigencias a los equipos con respecto a conocer la población objetivo en toda su diversidad sociocultural, de género y los determinantes sociales de la salud en las distintas comunidades y territorios. El enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS) permite entender la salud de la población como resultante de las interacciones entre la realidad biológica, mental, social, ambiental y cultural de las personas. Esto asume un enfoque holístico de la salud, que significa la comprensión de los eventos desde las múltiples interacciones que los caracterizan, orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos, pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si los aspectos que conforman el todo se estudian por separado (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2012).

1.3. Previsiones de salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es la institución pública que brinda protección financiera y acceso a 14,2 millones de beneficiarios a nivel nacional. Un 53% corresponden a mujeres y un 47% son hombres y aproximadamente el 75% de las personas que viven en Chile pertenecen a él, sin discriminar por características individuales, tales como: sexo, edad, nivel de ingresos, preexistencias o nacionalidad, brindando acceso a un plan de salud inclusivo y de carácter universal. Además, quienes reciben remuneraciones cotizan el 7% de sus ingresos para salud y, a diferencia del sistema de salud privado (ISAPRE), no pagan extra por una carga familiar (Fondo Nacional de Salud, 2019).

Con el fin de entregar mayor equidad de acceso en salud a su población, FONASA brinda a sus beneficiarios cobertura financiera, entregando diferentes niveles de protección, de acuerdo a su ingreso y vulnerabilidad económica del hogar. Esta clasificación, de tipo escala, nos permite

levantar caracterizaciones socioeconómicas de la población beneficiaria, y están definidas de la siguiente manera:

Tabla n°1: Tramo de ingreso FONASA

Tramo de ingreso	Beneficiarios del tramo
Tramo A	Beneficiarios carentes de recursos para cotizar en salud, o en condición de indigencia (no cotizantes).
Tramo B	Beneficiarios con ingresos menores a \$301.000 al mes (cotizantes). Trabajadores del sector público de salud.
Tramo C	Beneficiarios con ingresos de entre \$ 301.001 y \$439.460 al mes (cotizantes).
Tramo D	Beneficiarios con ingresos de \$439.461 y más al mes (cotizantes).

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2019). *Beneficiarios*.

La red pública preferente, compuesta por todos los establecimientos públicos de salud del país, además de algunos establecimientos privados integrados a la red para la entrega de prestaciones específicas, garantiza el acceso y la cobertura de salud a los beneficiarios del sistema. Estos están considerados en los 4 grupos antes mencionados (Tabla n°1), y el copago que efectúan es directamente proporcional a su condición socioeconómica y/o previsional (Tabla n°2). Esta red es de modalidad de atención institucional (MAI), en donde para cada usuario inscrito o sus cargas, se define una red asistencial o de establecimiento específico para acceder a su atención de salud (Fondo Nacional de Salud, 2019).

Tabla n°2: Descripción de copago FONASA

Tramo de ingreso	Descriptivos del copago
Tramo A	Gratuidad. No cotiza y tampoco paga por la atención de salud, por lo que tiene subsidio total por parte de FONASA.
Tramo B	100% de bonificación, 0% de copago. Cotiza, pero no paga por la atención de salud.
Tramo C	90% de bonificación, 10% de copago. Cotiza y paga según lo indicado.
Tramo D	80% de bonificación, 20% de copago. Cotiza y paga según lo indicado.

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2019). *Beneficiarios*.

Capítulo 2: Satisfacción usuaria en salud

2.1. Calidad

Se entiende por calidad la entrega de servicios con niveles técnicos y profesionales óptimos y que satisfacen las necesidades del usuario que lo recibe. Dentro de la calidad, encontramos la calidad percibida que se refiere a una comparación entre las expectativas de los clientes sobre cómo debería ser el servicio, y sus percepciones sobre cómo es el servicio realmente. De este modo, la medida de la calidad sería la diferencia entre las expectativas y la percepción del servicio (Velásquez, M. & Superintendencia de salud Gobierno de Chile, 2011).

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) define servicio (del latín *servitium*) como acción y efecto de servir, como servicio doméstico e incluso como conjunto de criados o sirvientes. Servicio es entendido como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor.

La RAE define calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor, esta definición establece dos elementos importantes en su estudio. Primero, la referencia a características o propiedades y segundo, su bondad para valorar “algo” a través de ella. Adicionalmente se encuentran las siguientes definiciones:

- Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente (Deming, 1989).
- La palabra calidad tiene múltiples significados. El más representativo es (Juran, 1990):
 - Calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto.
- De manera sintética, calidad significa atributo del producto. Más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etcétera (Ishikawa, K., 1986).
- La calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar (Drucker, P., 1990).

En el concepto puro de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva. La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor. La calidad objetiva está orientada hacia la inspección y el control estadístico de calidad, está vista desde un enfoque de producción. La calidad subjetiva tiene un enfoque

más externo: es la medida en que dicha calidad se obtiene a través de la determinación y el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, dado que las actividades del servicio están altamente relacionadas con el contacto con los clientes (Duque, O. E., 2005).

En general, cuando se intenta definir la calidad de atención, se hace referencia a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas, oportunas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud. Esta definición, que podría considerarse de carácter normativo, ofrece pocos elementos operativos en el momento de concretar su evaluación. Difícilmente existirá una propuesta única de cómo medir la calidad, por tratarse de un concepto que está en función, por una parte, de valores de la sociedad en su conjunto y, por otra, de las expectativas de los diferentes actores del proceso de atención (personal de salud, usuarios, administradores y empresarios). Además, calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio concreto. Las dimensiones de la calidad son las que permiten operacionalizar el concepto y medir la calidad (Tabla n°3) (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Gobierno de Chile, 2012).

La calidad es un factor fundamental de posicionamiento y competitividad en los servicios sanitarios. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de la atención sanitaria “es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (Velásquez, M. & Superintendencia de salud Gobierno de Chile, 2011).

Finalmente, la calidad percibida se valora (alta o baja) en el marco de una comparación, respecto de la excelencia o superioridad relativas de los bienes y/o servicios que el usuario observa.

Tabla n°3: Dimensiones de calidad

Dimensiones	Definición
Calidad científico-técnica o competencia profesional	Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud.
Eficacia	La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso.
Efectividad	La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales, es decir, la medida en la que una determinada práctica sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.
Eficiencia	Es el máximo de efectividad al mínimo coste. Se asume que a mayor eficiencia mayor calidad.
Accesibilidad	La facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. En todo caso, es importante saber si llega a quien la necesita y cuando la necesita. Un indicador importante en relación a la accesibilidad es la cobertura: a pacientes crónicos, vacunación, etcétera.
Satisfacción	Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario.

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Gobierno de Chile. (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.*

2.2. Satisfacción usuaria

Para lograr entender y comprender la satisfacción usuaria, debemos ubicar su origen en el tiempo, su inicio se remonta a 1970 y con el transcurso de los años, ha ido rompiendo barreras hasta llegar al punto de ser valorada como una de las formas básicas de la evaluación general de los centros de información. White, en el año 1978, destaca la relevancia de la satisfacción,

pues la señala como un propósito fundamental para maximizar el conocimiento de la comunidad y minimizar la frustración del usuario en la satisfacción de sus necesidades (Hernández, P., 2011).

A pesar de la trascendencia de la satisfacción de usuarios, se han realizado pocos trabajos sobre este fenómeno. En una búsqueda hecha en bases de datos internacionales sobre estudios de usuarios en general, se encontró que existían escasos registros relacionados con la satisfacción, e incluso varios autores como Shi., Holahan & Jurkat, Vogt, Griffiths y Johnson & Hartley, afirman que existe una carencia de marcos teóricos sobre la satisfacción de usuarios. Estos últimos nos proveen de algunas definiciones:

- Es un estado mental que experimenta el usuario, donde otorga una respuesta que puede ser tanto intelectual como emocional.
- Estado de la mente que representa la mezcla de las respuestas materiales y emocionales del usuario hacia el contexto de búsqueda de información (Hernández, P., 2011).

Según Kotler, 2013 “la satisfacción usuaria es el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta al comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas”. Es decir, es la conformidad del usuario con el producto o servicio que compró o adquirió, ya que el mismo cumplió satisfactoriamente con la promesa de venta oportuna. Por lo tanto, retomando lo anterior, se puede llegar a la conclusión de que satisfacer significa complacer un deseo, una necesidad. Dentro de la literatura se establece que la satisfacción del usuario juega un papel determinante en la retroalimentación o respuesta que se genera tras haber consumido un servicio (Sánchez, J.; González, T.; Gaytán, J. & Pelayo, J., 2017).

Con toda la información otorgada, podemos determinar la importancia de la satisfacción del usuario, debido a que es muy importante identificar fortalezas y debilidades del servicio que se ofrece, así como de todos los aspectos que lo integran (personal, instalaciones, etcétera); puesto que, al tener un mejor control de dichos aspectos, se garantiza que el usuario obtenga una completa satisfacción durante y después del consumo. De esta manera, se puede concluir que la calidad está estrechamente vinculada a la satisfacción, ya que influye notablemente en la percepción del usuario y, por ende, culmina en ese sentimiento de complacencia que genera el haber cumplido con todas las expectativas (Vizcaíno, A. D. J.; Marín, V.; Vargas, B.; J. & Gaytan-Cortes, J., 2017).

Para el Estado, la satisfacción usuaria se conoce como un indicador de calidad, una dimensión determinada por el usuario externo que devela el grado de cumplimiento por parte del

sistema de salud, respecto de las expectativas del usuario en relación a los servicios que este le ofrece.

2.3. Determinantes de satisfacción en salud

Al hablar de calidad y de sus determinantes de satisfacción en salud, se debe mencionar al doctor Avedis Donabedian (1966), quien fue el impulsor de la teoría de la calidad de servicio de salud e identificó una serie de elementos que facilitan su análisis. Sus principales aportes se enfocan en los modelos y métodos para mejorar la calidad en los servicios de salud, agrupándolos en 3 dimensiones: componente técnico, componente interpersonal y componente correspondiente al entorno (Humet C. & Suñol R., 2001).

La complejidad de factores que definen y relacionan la calidad del servicio y la satisfacción del usuario ha servido de base para el desarrollo de modelos multidimensionales (Gummesson, 1979; Grönroos, 1984; Parasuraman et al., 1985; U. Lethinen & J. O. Lethinen, 1991; Cronin & Taylor, 1992) que permiten evaluar esta relación desde el punto de vista estratégico para la toma de decisiones, así como la potencial puesta en marcha de programas funcionales (Mora, C.C., 2011).

La mayoría de los estudios atribuyen la satisfacción a los aspectos humanitarios de la relación médico-paciente, la cantidad y calidad de la información recibida, la efectividad de los problemas y la continuidad de la atención.

En resumen, muchos aspectos se tienen en cuenta para producir satisfacción o insatisfacción, que varían de un estudio a otro. Una mejor comprensión de estos determinantes requiere investigación adicional utilizando métodos y técnicas estandarizados para comparar adecuadamente los estudios (García-Mestanza, J. & Díaz-Muñoz, R., 2008).

Capítulo 3: Instrumento de medición de satisfacción subjetiva de calidad de servicios

3.1. SERVQUAL

Existen dos grandes escuelas de conocimientos, la nórdica y la norteamericana, en las cuales se ha dividido el pensamiento académico en relación a la evaluación de la calidad de servicio.

La escuela nórdica está representada principalmente por los aportes de Grönroos (1982–1988), y Lehtinen & Lehtinen (1991), los que se fundamentan en modelos basados en la tridimensionalidad de la calidad de servicio, focalizándose en la opinión del usuario, el cual determinará si el servicio recibido ha sido mejor o peor que el esperado (Duque, O. E., 2005).

Por otro lado, la escuela norteamericana ha sido principalmente representada por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985–1988), creadores del instrumento de medición SERVQUAL. Este instrumento de medición define la calidad entre las expectativas previas al consumo del servicio y la percepción del servicio prestado, siendo medida a partir de la diferencia entre ambos. Definen así que, cuanto mayor sea la diferencia, mayor será la calidad. Trabajos posteriores (1994) centraron la investigación en la actitud del consumidor ante el servicio prestado, esto permitió dar un enfoque eminentemente psicológico (Duque, O. E., 2005).

El proceso de medición de la calidad del servicio implica que, dadas sus características, se establezcan diferentes dimensiones de evaluación que permitan un juicio global de ella. Estas dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos.

El establecimiento de dimensiones o características diferenciadas ayuda a esquematizar y dividir el contenido del concepto o constructo de estudio. Algunas veces, dada la subjetividad inmersa en el concepto analizado, estas dimensiones no son tan fácilmente observables por los sujetos, sino que son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que estos perciben. Las clasificaciones de dimensiones que se otorgan al constructo son muy variables y heterogéneas, sin que exista por el momento ningún consenso al respecto (Duque, O. E., 2005).

Luego, el punto de partida básico es que la calidad del servicio se produce en la interacción entre un usuario y los elementos de la organización de un servicio (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Estos autores determinan tres dimensiones de la calidad (Duque, O. E., 2005):

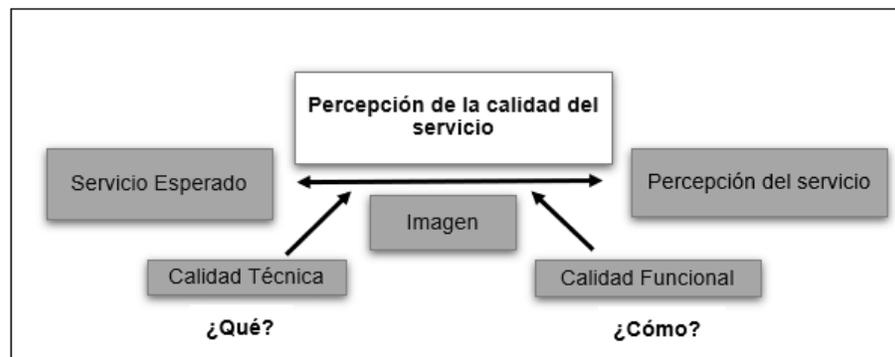
- 1. Calidad física:** Incluye los aspectos físicos del servicio.
- 2. Calidad corporativa:** Lo que afecta la imagen de la empresa.
- 3. Calidad interactiva:** Interacción entre el personal y el cliente, y entre clientes.

3.1.1. La escuela Nórdica

Grönroos (1988) describió la calidad del servicio como una variable de percepción multidimensional formada a partir de dos componentes principales: una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso. Para Grönroos, los servicios son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea (Duque, O. E., 2005).

Este modelo, también conocido como *modelo de la imagen*, fue formulado por Grönroos, 1988–1994, y relaciona la calidad con la imagen corporativa. Como se observa en la figura 1, plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (¿Qué se da?) y la calidad funcional (¿Cómo se da?) y estas se relacionan con la imagen corporativa. La imagen es un elemento básico para medir la calidad percibida. En resumen, el cliente está influenciado por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa. Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio, una buena evaluación de la calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada cumple con las expectativas del cliente, es decir, lo satisface (Duque, O. E., 2005).

Figura 1: Modelo Nórdico



Fuente: Duque, O. E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 15(25), p. 64-80.

Según Grönroos, 1994, la experiencia de calidad es influida por la imagen corporativa/local y a su vez por otros dos componentes distintos: la calidad técnica y la calidad funcional. La calidad técnica se enfoca en un servicio técnicamente correcto y que conduzca a un resultado aceptable. Se preocupa de todo lo concerniente al soporte físico, los medios materiales, la organización

interna; es lo que Grönroos denomina la dimensión del “qué”, lo que el consumidor recibe. La calidad funcional se encarga de la manera en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio, en palabras de Grönroos, es la dimensión del “cómo”, cómo el consumidor recibe el servicio (Duque, O. E., 2005).

La forma en que los consumidores perciben la empresa es la imagen corporativa de la misma, es la percepción de la calidad técnica y funcional de los servicios que presta una organización y, por ende, tiene efecto sobre la percepción global del servicio. Grönroos afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional, sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada, lo que constituye el paradigma de la desconfirmación (Duque, O. E., 2005).

3.1.2. La escuela Norteamericana

El modelo de la escuela norteamericana de Parasuraman, Zeithaml & Berry se ha denominado SERVQUAL (*Service Quality*). Es sin lugar a duda, el planteamiento más utilizado por los académicos hasta el momento, dada la proliferación de artículos en el área que usan su escala. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985-1988), partieron desde el paradigma de la desconfirmación, al igual que Grönroos, para desarrollar un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio percibida. Luego de algunas investigaciones y evaluaciones, tomando como base el concepto de calidad de servicio percibida, desarrollaron un instrumento que permitiera cuantificar la calidad de servicio y lo llamaron SERVQUAL. Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente, apoyándose en los comentarios hechos por los consumidores en la investigación. Estos comentarios apuntaban hacia diez dimensiones establecidas por los autores y con una importancia relativa que afirman, depende del tipo de servicio y/o cliente. Inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad de servicio (Duque, O. E., 2005):

- 1. Elementos tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales.
- 2. Fiabilidad:** Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
- 3. Capacidad de respuesta:** Disposición para ayudar a los clientes y para proveerlos de un servicio rápido.
- 4. Profesionalidad:** Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.
- 5. Cortesía:** Atención, respeto y amabilidad del personal de contacto.

- 6. **Credibilidad:** Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee.
- 7. **Seguridad:** Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
- 8. **Accesibilidad:** Lo accesible y fácil de contactar.
- 9. **Comunicación:** Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos.
- 10. **Compresión del cliente:** Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Luego de las críticas recibidas, manifestaron que estas diez dimensiones no son necesariamente independientes unas de otras (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988) y realizaron estudios estadísticos, que les permitieron encontrar correlaciones entre las dimensiones iniciales, que a su vez permitieron reducirlas a cinco, definidas en la tabla 4 (Duque, O. E., 2005).

Tabla n°4: Dimensiones de SERVQUAL

Dimensión	Descripción
Elementos Tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales para comunicaciones.
Confiabilidad	Capacidad para brindar el servicio prometido en forma precisa y digna de confianza.
Capacidad de respuesta	Buena disposición para ayudar a los clientes a proporcionarles un servicio expedito.
Seguridad	Conocimiento y cortesía de los empleados, así como su capacidad para transmitir seguridad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad).
Empatía	Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario).

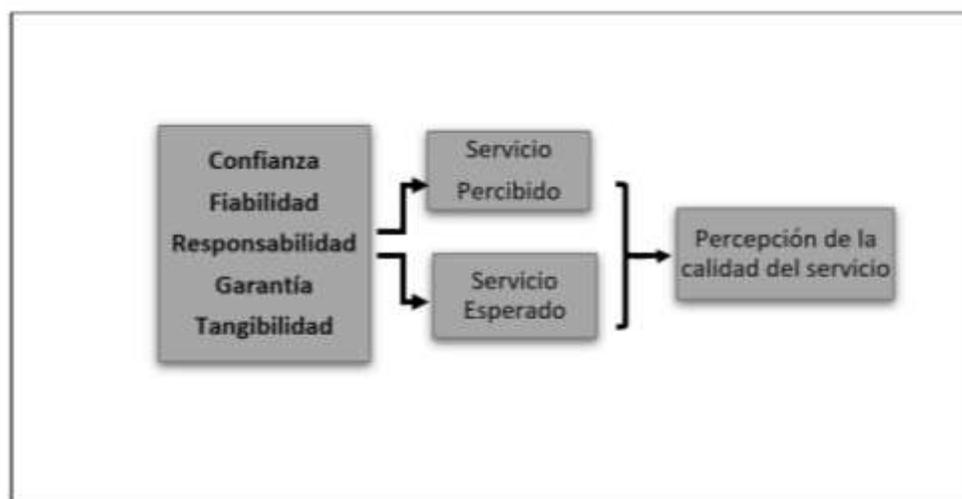
Fuente: Ramírez, A. (2017). Servqual o Servperf ¿otra alternativa?. *Sinapsis*, 9 (1), 59-63.

A través de procedimientos estadísticos, se agruparon variables que permiten generalizar de mejor forma el modelo, logrando mayor representatividad.

Para evaluar la calidad percibida se plantean estas dimensiones generales y definen que dicha percepción es consecuencia de la diferencia para el consumidor entre lo esperado y lo

percibido, como se explica en la figura 2. Sin embargo, también parten del planteamiento del hallazgo de una serie de vacíos, desajustes o *gaps* en el proceso. Estos influyen en la percepción del cliente y son el objeto de análisis cuando se desea mejorar la calidad percibida. Así, las percepciones generales de la calidad de servicio están influidas por estos vacíos (*gaps*) que tienen lugar en las organizaciones que prestan servicios. Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985), definen vacío o *gap* como una serie de discrepancias o deficiencias existentes respecto a las percepciones de la calidad de servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores. Estas deficiencias son los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad (Duque, O. E., 2005).

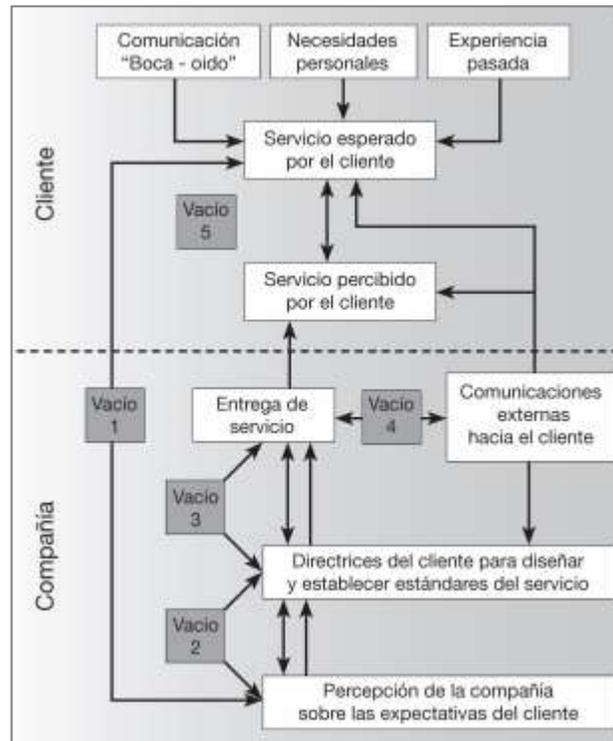
Figura 2: Instrumento de medición SERVQUAL



Fuente: Duque, O. E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 15(25), p. 64-80.

El instrumento de medición SERVQUAL, con el estudio de los cinco *gaps* o vacíos, analiza los principales motivos de la diferencia que llevaban a un fallo en las políticas de calidad de las organizaciones, identificados por los autores como el origen de los problemas de calidad del servicio, detallados en la figura 3.

Figura 3: Vacíos del instrumento de medición SERVQUAL



Fuente: Duque, O. E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 15(25), p. 64-80.

- Vacío 1:** Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.
- Vacío 2:** Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.
- Vacío 3:** Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.
- Vacío 4:** Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.
- Vacío 5:** Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.

El instrumento de medición propone que el vacío 5 se produce como consecuencia de las desviaciones anteriores y que constituye la medida de la calidad del servicio (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Se puede inferir entonces que el vacío 5 es la consecuencia general de las evaluaciones particulares y su sensibilidad radica en las variaciones de los vacíos 1 a 4. Una vez localizados y definidos los vacíos de una prestación de servicio que no es de calidad, Parasuraman, Zeithaml & Berry advierten que se deben investigar sus causas y establecer las

acciones correctivas que permitan mejorar la calidad. Estos investigadores reconocen que el concepto de Percepción-Expectativas (P - E) puede resultar una problemática para algunos tipos de atributos, bajo determinadas condiciones (Duque, O. E., 2005).

En resumen, el rendimiento de SERVQUAL se basa en el hecho de que se pide a los usuarios del servicio, que clasifiquen sus componentes en función de sus expectativas de los servicios ofrecidos y luego clasifiquen sus percepciones del rendimiento real previsto o de los servicios recibidos en términos de los mismos parámetros. Los dos conjuntos de clasificaciones se comparan entre sí, y si la percepción es inferior a las expectativas de los usuarios, indica un servicio de baja calidad o una brecha entre ellos. Sin embargo, si el nivel de rendimiento percibido es más alto que las expectativas de los usuarios, indica un servicio de calidad de alto nivel o ausencia de una brecha entre ellos (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). El objetivo final del modelo es guiar la organización hacia un rendimiento excelente (Duque, O. E., 2005).

3.2. SERVPERF

SERVPERF (*Service Performance*) debe su nombre a la exclusiva atención que presta a la examinación del desempeño. Los inicios de este instrumento de medición de evaluación se remontan al año 1985, para la gestión de la calidad del servicio, partiendo de la búsqueda de respuestas a preguntas relacionadas con el servicio y su mejora. Para responder a tales preguntas, se realizaron una serie de estudios cualitativos y cuantitativos a clientes de diferentes comercios y negocios, como bancos, telefonía, corredores de bolsa, entre otros (Vizcaíno, A. D. J.; Marín, V.; Vargas, B. J. & Gaytan-Cortes, J., 2017).

Cronin & Taylor, en 1992, establecieron una escala más concisa que SERVQUAL y la llamaron SERVPERF. Esta nueva escala está basada exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL, que tiene en cuenta tanto las expectativas como las percepciones. Estos autores se basan en que la escala SERVQUAL (teoría de *gaps* o vacíos de Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985) no presentaba mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida. Estos autores desarrollan su escala tras una revisión de la literatura existente y, de hecho, esta ofrece un considerable apoyo teórico (Bolton & Drew, 1991; Churchill & Suprenant, 1982; Woodruff, Cadotte & Jenkins, 1983). Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir concretamente el tipo y el nivel de expectativas a utilizar (expectativas de desempeño, experienciales, predictivas, normativas, etcétera) (Mora, C.C., 2011). En conclusión, la escala es la misma, lo que varía es el enfoque de evaluación y el número de preguntas en los instrumentos.

El instrumento de medición SERVPERF ha demostrado una alta confiabilidad y validez en todo el mundo en diversas industrias, incluida la atención médica, la banca, el transporte, las telecomunicaciones y la educación superior, validado con un alfa de Cronbach, el cual es un coeficiente que indica confiabilidad de escala psicométrica (Dako, F.; Wray, R.; Awan, O. & Subramaniam, R., 2017).

SERVPERF constaba originalmente de 21 preguntas, evaluadas mediante escala de Likert¹ (1–7 puntos) y agrupadas en las siguientes dimensiones: confiabilidad, responsabilidad, seguridad, empatía y bienes materiales, además de una pregunta de preponderancia. La versión inglesa de esta escala fue validada en diferentes empresas que otorgan servicios; y se demostró un nivel de validez y confiabilidad adecuadas. Todo esto, validado por expertos en el área, con dominio del idioma inglés y español, quienes determinaron eliminar la pregunta de preponderancia y la dimensión de bienes materiales (Ferrada, G.A.; Grandón, K. R.; Molina, M. Y., 2017). Actualmente se basa en una encuesta aleatoria de escala múltiple, donde se demuestra una vez más confiabilidad y validez, con 22 preguntas y una reagrupación de las dimensiones en 5 factores o criterios: *tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía* (Araya, V.C.; Bustos, L.A.; Merino, E.J. M.; Ulloa, O.C. & Araya, J., 2014).

Debido a que existe un gran número de factores que intervienen en la prestación de un servicio de salud, es necesario diseñar un instrumento de evaluación de la calidad del servicio que permita conocer los aspectos favorables y negativos que pueden llegar a tener el proceso de atención en esta área.

Analizando ambos instrumentos de medición (SERVQUAL y SERVPERF) se observa que las dimensiones son las mismas; pero, para medir la calidad del servicio ofrecido, se destaca el instrumento de medición SERVPERF, ya que requiere de menos tiempo para la administración del cuestionario, pues solo se pregunta una vez. Además, las medidas de valoración predicen mejor la satisfacción que las medidas de la diferencia. Y el trabajo de interpretación junto con el análisis correspondiente es más fácil de llevar a cabo, ya que se fundamenta solo en las

¹Escala de Likert: Son instrumentos psicométricos donde el encuestado debe indicar su acuerdo o desacuerdo sobre una afirmación, ítem o reactivo, lo que se realiza a través de una escala ordenada y unidimensional (Bertram, D., 2008).

percepciones, eliminando las expectativas y reduciendo con ello el 50% de las preguntas planteadas por el método SERVQUAL.

Tabla n°5: Dimensiones de SERVPERF

Dimensión	Descripción
Elementos Tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales para comunicaciones.
Confiabilidad	Capacidad para brindar el servicio prometido en forma precisa y digna de confianza.
Capacidad de respuesta	Buena disposición para ayudar a los clientes a proporcionarles un servicio expedito.
Seguridad	Conocimiento y cortesía de los empleados, así como su capacidad para transmitir seguridad y confianza.
Empatía	Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.

Fuente: Morales, L. E. I. & Medina, E. V. C. (2015). Aplicación del modelo SERVPERF en los centros de atención Telcel, Hermosillo: una medición de la calidad en el servicio. *Contaduría y administración*, 60 (1), p. 229-260.

3.3. Comparación SERVPERF y SERVQUAL

La mayoría de los autores coinciden en señalar que los trabajos iniciados por Parasuraman, Zeithaml & Berry, entre 1985-1988, validaron el SERVQUAL como el instrumento de medición de mayor difusión y aplicación para la medición de la calidad de los servicios; sin embargo, Cronin & Taylor, 1994, propusieron el instrumento de medición SERVPERF mediante estudios empíricos en distintas organizaciones de servicios, y llegaron a la conclusión de que el modelo SERVQUAL no es el más adecuado para evaluar la calidad del servicio (Morales, L. E. I. & Medina, E. V. C., 2015).

Cronin & Taylor, en 1992, plantearon en su trabajo, tras la realización de una serie de críticas a SERVQUAL, que los resultados obtenidos serían mejores empleando únicamente una escala que tuviera en cuenta las percepciones de los clientes y no las percepciones más las expectativas (Ramírez, A., 2017).

Tabla n°6: Comparación de SERVQUAL y SERVPERF

SERVQUAL	SERVPERF
Se aplica a través de dos encuestas compuestas de 22 preguntas cada una, con el fin de medir percepciones (cuestionario 1) y expectativas (cuestionario 2) acerca de cinco dimensiones.	Se aplica a través de 1 encuesta de 22 preguntas y no tiene en cuenta el factor expectativa.
Los datos extraídos de las percepciones son más consistentes que los de las expectativas, ya que en la segunda variable hay una amplia variedad de opiniones, lo que hace la medición inconsistente.	No tiene en cuenta el factor expectativa, debido a los problemas de interpretación que implica.
Requiere de más tiempo para contestar cuestionario.	Requiere de menos tiempo para responder el cuestionario.
Utiliza un método de fiabilidad y análisis factorial; es decir, el procedimiento es extenso y algo complejo.	El trabajo de interpretación y el análisis correspondiente es más fácil, porque se fundamenta solo en las percepciones eliminando las expectativas, reduciendo al 50% las preguntas diseñadas por SERVQUAL.

Fuente: Ramírez, A. (2017). Servqual o Servperf ¿otra alternativa?. *Sinapsis*, 9 (1), 59-63.

Para llegar a la conclusión de eliminar el componente de las expectativas hubo una discusión extensa por parte de Cronin & Taylor (1994), quienes consideraron a SERVPERF como el instrumento de medición más adecuado y criticaron a SERVQUAL por su capacidad de pronóstico, validez y extensión. Pues, según los autores, el instrumento que proponen utiliza la percepción como una aproximación a la satisfacción del usuario, definida como los niveles del estado de ánimo de las personas en la que se puede comparar el beneficio de un producto o servicio; y, al considerar solo 22 afirmaciones, se puede realizar un estudio más riguroso.

Si bien no se puede asegurar en un 100 % que SERVPERF es mejor para la medición de un servicio que SERVQUAL, sí se puede inferir que al reducir las preguntas del cuestionario a 22 (al omitir el componente de expectativa) genera una medición con menos variables que ayudan a realizar un estudio con más énfasis, en un corto tiempo y con menos redundancia, esto último porque los clientes responden de manera similar en el componente de las percepciones cuando se refieren a las expectativas (Ramírez, A., 2017).

En esta investigación se trabajará utilizando el instrumento de medición SERVPERF, ya que al compararlo con SERVQUAL, el primero considera la percepción sobre el desempeño recibido como una buena aproximación a la satisfacción del usuario.

III. Problema de investigación

3.1. Síntesis del problema

La calidad de servicio del sistema público en Chile es un tema que preocupa tanto a los usuarios de esta red como a las autoridades correspondientes. Es por esto que en el año 2008 la Subsecretaría de Redes Asistenciales validó instrumentos de medición de satisfacción usuaria para su utilización a nivel nacional, para lograr a partir de sus resultados, conclusiones sobre los aspectos que adquieren mayor valoración según sexo, edad o lugar de procedencia, entre otros (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Gobierno de Chile, 2012).

La valoración social del sistema de atención en salud depende no solo de factores como la capacidad resolutive, la oferta de servicios, calidad técnica de los profesionales, sino también de aspectos no médicos vinculados a la atención, entre estos: la relación entre usuarios y el equipo de salud, tiempos de espera, acceso a la información, trato digno y respetuoso al usuario, infraestructura adecuada a necesidades y expectativas de los usuarios. Esto se refleja en evaluaciones realizadas por usuarios del sistema público de salud a través de diversos mecanismos e instrumentos como encuestas de medición de la satisfacción de usuarios (as); consultas ciudadanas; reclamos y sugerencias registradas por las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS); participación en la elaboración de balances de gestión y cuentas públicas de los servicios de salud y establecimientos hospitalarios; opinión de los usuarios a través de su participación en instancias como Consejos Consultivos de Usuarios, Consejos de desarrollo, Comités locales y otras. La información proporcionada por las diversas modalidades de medición de la satisfacción usuaria constituye un insumo importante para la elaboración e implementación de medidas técnico-administrativas, y toma de decisiones a partir de la identificación de áreas críticas que requieren ser abordadas en forma integral por los directivos y equipos técnicos del sector (Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Gobierno de Chile, 2012).

Se realizará una encuesta para determinar la percepción de la calidad de atención de los usuarios que pertenecen al CESFAM Las Torres de Viña del Mar, a través del instrumento de medición SERVPERF, que mide la calidad del servicio, durante febrero 2020.

El objetivo de esta investigación es contribuir a ampliar el espectro en términos de la dimensión de excelencia, la cual responde al cumplimiento de los requerimientos y necesidades de los usuarios, así como a la correcta orientación de los resultados obtenidos después de una evaluación, con el fin de contribuir a la mejora continua de los procesos y procedimientos que dan sentido al servicio de salud brindado.

La importancia de ser un estudio local es brindar las herramientas necesarias en donde se deben realizar mejoras para obtener un servicio de salud excelente en todas sus dimensiones.

3.2. Justificación de la investigación

El sistema de salud actual está basado en la atención primaria en salud (APS). Esto supone una prestación más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfaga mejor las expectativas de los ciudadanos. Es un sistema que presta atención integral, integrada y apropiada a largo plazo, pone énfasis en la prevención y la promoción, y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y acción; requiere recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles (López-García, A.; Valdez-Martínez, E.; Goycochea-Robles, M.V. & Bedolla, M., 2009).

El instrumento de medición SERVPERF es un avance para la medición de la calidad de los servicios, basado en intangibles que evalúan la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, con los siguientes niveles de criterio: *tangibilidad, confiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta y empatía*.

En la presente investigación se propone utilizar el instrumento de medición SERVPERF, ya que al usuario le toma menos tiempo responder la encuesta, se le pregunta solo una vez en cada ítem; y los trabajos de interpretación y análisis de la percepción de los usuarios conducirán a un valor cuantitativo de la calidad del servicio otorgado.

La Ley N°20.645, 2012, crea una asignación asociada al mejoramiento de la calidad del trato al usuario, para los funcionarios regidos por el estatuto de atención primaria de salud municipal, la Ley N°20.824, 2015, modifica la Ley N°20.645 perfeccionando el sistema de mejoramiento del trato que se les da a las personas en los establecimientos municipales de atención primaria de salud y establecimientos dependientes de los servicios de salud, a través del mejoramiento del proceso de evaluación, en cuanto a su homologación, el aumento mínimo de satisfacción del usuario para percibir asignación, mecanismo de actualización de los recursos, la consideración de causas externas objetivas y la creación de un comité técnico. La Ley N°20.646, 2012 otorga asignación asociada al mejoramiento de trato a los usuarios, para los funcionarios pertenecientes a las plantas de técnicos, administrativos y auxiliares de los establecimientos de los servicios de salud (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2012).

En el marco de la Reforma de Salud, se definieron objetivos sanitarios para fortalecer las actividades del sector y enfrentar los nuevos desafíos. Al final del período contemplado (10 años) se realizó una evaluación identificando avances y necesidades para la década entrante. En julio del año 2010, MINSAL inicia el proceso de identificación de los desafíos sanitarios de la década 2011–2020 y el diseño de las estrategias para su enfrentamiento. Se concluyen nueve objetivos estratégicos (OE) para la presente década, siendo el octavo “Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas”, argumentando que el mejoramiento de las dimensiones de calidad tendrá efectos como la reducción de la mortalidad, morbilidad y las desigualdades en salud y que los problemas derivados de un desempeño deficiente resultan en tratamientos inoportunos o ineficaces. Dentro del OE número ocho se busca disminuir las listas de espera, aumentar los establecimientos de salud acreditados, mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias, y disminuir la insatisfacción usuaria (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2011).

3.3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la percepción de calidad de atención, mediante encuesta de satisfacción usuaria SERVPERF en Centro de Salud Familiar CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar?

IV. Objetivos

4.1. Objetivo general

- Analizar la percepción de calidad de atención mediante encuesta de satisfacción usuaria SERVPERF en Centro de Salud Familiar, CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.

4.2. Objetivos específicos

- Describir características sociodemográficas de los usuarios del CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.
- Identificar dimensiones del instrumento de medición SERVPERF de mayor relevancia en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.
- Determinar el nivel de satisfacción según: *elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía* en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.
- Comparar el nivel de satisfacción en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar, según características sociodemográficas.

V. Materiales y método

5.1. Tipo de estudio

- Estudio descriptivo, transversal. Se evaluará la satisfacción percibida por los usuarios, a través de la encuesta SERVPERF en Centro de Salud Familiar, CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar.

5.2. Población y muestra

- Muestreo aleatorio simple.
- Población: 10.998 personas (igual o mayor de 18 años).
- Muestra: 362 personas.

5.3. Criterios inclusión

- Personas mayores de 18 años.
- Usuarios inscritos en CESFAM Las Torres, Viña del Mar.
- Usuarios que deseen participar de forma voluntaria.

5.4. Criterios exclusión

- Personas que acompañen al usuario y que no se encuentren inscritos en el CESFAM o que pertenezcan al sistema privado de salud.
- Usuarios que se encuentren inscritos en CESFAM y sean analfabetos.
- Usuarios que presenten problemas en sus extremidades superiores que los imposibilite responder de forma autónoma la encuesta.

Para realizar el cálculo del tamaño muestral se solicitó la información del total de la población, al Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME), CESFAM Las Torres durante diciembre 2019 (ver Anexo n°4, Tabla 1). Se encontró que existía un rango de edad (15 a 19 años), que dificultó la posibilidad de realizar la encuesta según los criterios de inclusión. Pues bien, a través de un análisis estadístico, detallado a continuación se realizó el desglose por edad.

Existen 2 formas de realizar desglose o desagrupación de la cantidad de datos en el rango de 15 a 19 años (5 edades):

1. Asumiendo que la distribución es simétrica para cada edad, por lo que se divide el total (1.162 personas / 5 edades) por la cantidad de edades involucradas y así el total sería $N = 10.965$ personas (ver Anexo n°4, Tabla 2).

2. Se realiza un rango en la clasificación anterior, para luego mediante la fórmula de percentil tabulado encontrar la cantidad de personas que son mayores o igual a 18 años.

Basado en el análisis estadístico y la investigación llevada a cabo es que se realiza el desglose según el cálculo de percentiles. Para ello se utilizan los datos que están agrupados en una tabla de frecuencias (ver Anexo n°4, Tabla 3), y se calcula mediante la fórmula:

$$P_k = L_k + \frac{k \left(\frac{n}{100} \right) - F_k}{f_k} = c$$

$k = 1, 2, 3 \dots 99$

Donde:

L_k = Límite real inferior de la clase del decil- K .

n = Número de datos.

F_k = Frecuencia acumulada de la clase que antecede a la clase del decil- K .

f_k = Frecuencia de la clase del decil- K .

c = Longitud del intervalo de la clase del decil- K .

Es decir:

$$80,22\% = 18 + \frac{7,99 \left(\frac{14539}{100} \right) - 2876}{x} * 5$$

Donde $x = 498$ personas aproximadamente tienen entre 18 y 19 años. La cantidad de población total sobre los 18 años sería entonces $N=10.998$ personas (Anexo n°4, Tabla 3).

Luego, una vez obtenida la tabla detallada por edad, se realiza el análisis estadístico para calcular el tamaño de la muestra.

Se debe asumir:

1. Independencia de los datos, con una selección aleatoria, donde la probabilidad de ocurrencia es del 50%.
2. Que se considere un nivel de confianza de la aplicación del instrumento mayor al 90%.
En este caso consideramos un 95% de confianza.

3. Que el error máximo de estimación no sea más del 5%.

Entonces, dado lo anterior, se calcula el tamaño de muestra para las combinaciones posibles: 99, 95 y 90% de confianza y para cada uno teniendo el 5 y el 1% de error máximo de estimación de los datos, detallados a continuación:

Tamaño total	Error máximo	
N= 10.998	0,05	0,01

Nivel de confianza		Z α	Probabilidad de ocurrencia	
			50%	
99%	2,580	628	} Muestra aleatoria dado la cantidad total que se obtiene.	
	1,960	362		
	1,645	255		

Como generalmente en el área de la salud se trabaja con un 95 o 99% de nivel de confianza y analizando las posibilidades logísticas, es que consideramos que el tamaño muestral de n=362 personas encuestadas, representaría la información necesaria para poder concluir los objetivos planteados anteriormente en este trabajo.

5.5. Definición de las variables

Tabla n°7: Variables sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipo de variable (cualitativa/cuantitativa)	Unidad medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento. Espacio en años que han corrido de un tiempo a otro (ASALE, R., & RAE, 2020).	Persona contesta su edad en años. Luego, para el análisis, se agrupará por tramos, por ejemplo: de 18 a 33 años, de 34 a 49 años, de 50 a 65 años, de 66 a 80 años y de 81 a 96 años).	Variable cuantitativa–continua	Años
Sexo	Son las características fisiológicas y sexuales con las que nacen las mujeres y hombres.	Se clasificará como Femenino y Masculino.	Variable cualitativa–nominal	1. Masculino 2. Femenino
Ocupación	Hace referencia a lo que la persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo, que puede ser remunerado o no.	Se define las siguientes categorías: - Nunca ha trabajado - Jubilado - Trabajador dependiente - Trabajador independiente - Sin trabajo actualmente - Otros	Variable cualitativa–nominal	1. Nunca ha trabajado 2. Jubilado 3. Trabajador dependiente 4. Trabajador independiente 5. Sin trabajo actualmente 6. Otros NR. No responde
Nivel de estudio	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Básica, Media, superior incompleto, superior completo, postgrado y sin estudios.	Variable Cualitativa–ordinal	1. Básica 2. Media 3. Superior Incompleto 4. Superior completo 5. Postgrado 6. Sin estudios

				NR. No responde
Prestación de salud	Ente financiero público encargado de recaudar, administrar y distribuir dineros estatales destinados a la salud.	FONASA A, FONASA B, FONASA C y FONASA D.	Variable cualitativa–ordinal	1. FONASA A 2. FONASA B 3. FONASA C 4. FONASA D NR. No responde
Tiempo que lleva atendiéndose en CESFAM	Tiempo en años y/o meses de atención en salud que lleva el usuario perteneciendo al CESFAM, Las Torres, Viña del Mar.	Tiempo en años y/o meses de atención en salud que lleva el usuario perteneciendo al servicio de atención primaria.	Variable Cuantitativa–nominal	Tiempo en años y/o meses de atención en salud que lleva el usuario perteneciendo al servicio de atención primaria.

La encuesta SERVPERF establece 5 dimensiones de variables cualitativas, que permiten evaluar la satisfacción de los usuarios (ver tabla 8).

Tabla n°8: Variables de la encuesta SERVPERF

Dimensión	Descripción	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables	Instrumento de medición
Elementos tangibles	Apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales para comunicaciones.	Cualitativa	Ordinal	Escala Likert 1 a 7	Encuesta SERVPERF
Confiabilidad	Capacidad para brindar el servicio prometido en forma precisa y digna de confianza.	Cualitativa	Ordinal	Escala Likert 1 a 7	Encuesta SERVPERF
Capacidad de respuesta	Buena disposición para ayudar a los clientes a proporcionarles un servicio expedito.	Cualitativa	Ordinal	Escala Likert 1 a 7	Encuesta SERVPERF
Seguridad	Conocimiento y cortesía de los empleados, así como su capacidad para transmitir seguridad y confianza.	Cualitativa	Ordinal	Escala Likert 1 a 7	Encuesta SERVPERF
Empatía	Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes.	Cualitativa	Ordinal	Escala Likert 1 a 7	Encuesta SERVPERF

En la siguiente tabla se puede observar el método para determinar el grado de satisfacción. Los valores obtenidos en relación con la mediana y al porcentaje de satisfacción, se calcula en relación con lo siguiente:

- Las respuestas se considerarán satisfactorias cuando la evaluación obtenida tanto en las preguntas como en las dimensiones sea igual o superior a 5.

- Las respuestas serán consideradas no satisfactorias cuando la evaluación obtenida tanto en las preguntas como en las dimensiones sean inferior a 5.

Tabla n°9: Nivel de satisfacción

Escala Likert	Mediana	Porcentaje de satisfacción	Clasificación
1-2	[1–2,5 [[0% a 25%[Muy insatisfecho
3-4	[2,5–4,5 [[25% a 50%[Insatisfecho
5-6	[4,5–6,5 [[50% a 75%[Satisfecho
7	[6,5–7]	[75% a 100%]	Muy satisfecho

5.6. Recolección de datos

La obtención de datos se realizará a través de una encuesta anónima mediante el instrumento de medición SERVPERF aplicada de forma aleatoria a los usuarios que se encuentren en la sala de espera del CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar, en el período de febrero 2020 y que cumplan con los criterios de inclusión. Esta se realizará en torno a las cinco dimensiones de la calidad del servicio (*tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía*) la cual contiene 22 ítems que recolectan y miden, a través de escala de Likert, la percepción del servicio brindado. Además, se agregarán preguntas relacionadas a la situación sociodemográfica de los usuarios encuestados.

5.7. Consideraciones éticas

Según el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), el comportamiento bioético en investigación en seres humanos se basa en 7 dimensiones, que son:

5.7.1. Valor

Se trata de emitir un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. Se evalúa que la intervención conduzca a mejoras en la salud, bienestar, genere conocimiento, sea un estudio preliminar para desarrollar una intervención o probar una hipótesis. Las razones para emitir este juicio confirman que los recursos son limitados (dinero, espacio, tiempo) y por

tanto, es necesario que exista un uso responsable de la investigación, sin que suponga un gasto indebido para la sociedad. Se debe evitar la explotación innecesaria de personas sujetos de investigación y no exponer a los seres humanos a riesgos y daños potenciales.

Esta investigación busca identificar las dimensiones con mayor relevancia en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Las Torres y generar un mejoramiento continuo a nivel social en el área de la salud, enfocado a la calidad de atención y otorgar un bienestar en la población estudiada.

5.7.2. Validez científica

La investigación debe contar con las siguientes características:

- A.** Se debe vigilar que el estudio sea original y significativo científicamente; que exista idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio; que sea prácticamente realizable; pueda alcanzar conclusiones válidas con la menor exposición posible de los sujetos; posea diseño, objetivo y metodología científica válida, y un plan de análisis de datos.
- B.** Se debe garantizar que los profesionales que realicen el estudio tengan suficiente competencia, experiencia y entrenamiento en las técnicas que se usarán.
- C.** Se debe validar que las condiciones del lugar donde se lleva a cabo la investigación sean adecuadas.
- D.** Se debe garantizar la toma de registros y medidas para evaluar el progreso y la calidad de la investigación.
- E.** Se debe asegurar que la publicación de los resultados de la investigación sea veraz, consistente y justa.

A través de este estudio se busca sugerir un instrumento adaptado a la atención primaria en salud, basándose en planteamientos de calidad y satisfacción usuaria realizada por investigadores desde el año 1960.

5.7.3. Selección equitativa del sujeto

La identificación y selección de potenciales sujetos debe ser equitativa en cuanto a la distribución de cargas y beneficios. Esto se justifica por el principio de la equidad distributiva: los beneficios y cargas de la vida social deben ser distribuidos equitativamente. Para ello se debe cuidar que se seleccionen grupos específicos relacionados con la interrogante científica de la

investigación. Evitar, si no es imprescindible, la elección de grupos vulnerables (estigma, impotencia), a menos que sea necesario para la naturaleza de la investigación. Son grupos vulnerables en la investigación los discapacitados, niños, ancianos, enfermos mentales, presos, minorías y poblaciones de países subdesarrollados en quienes se realizan proyectos que no se pueden llevar a cabo en los países industrializados.

- ❖ Ofrecer a todos los grupos la oportunidad de participar, a menos que presenten factores de riesgo que restrinjan su elegibilidad.
- ❖ Seleccionar el número mínimo de sujetos suficiente para realizar análisis estadístico.

Esta encuesta se realizará a usuarios mayores de 18 años que estén inscritos en el CESFAM Las Torres, Viña del Mar, mediante un instrumento que le otorgará la posibilidad de contribuir en el mejoramiento en la atención de su centro de salud.

5.7.4. Proporción favorable de riesgo-beneficio

Desde el punto de vista ético, siempre es posible que los pacientes decidan, perjudicando a sus propios intereses y bienestar. Por este motivo, por los principios de beneficencia y no maleficencia, se deben establecer límites a la posibilidad de que los potenciales sujetos de investigación acepten riesgos desproporcionados. En ese sentido, al Comité de Ética en investigación y al equipo de investigadores les corresponde evaluar cada protocolo.

No existe en esta investigación riesgo para el usuario, ya que solo se realizará una encuesta breve para un posterior análisis científico.

5.7.5. Evaluación independiente

Se deben considerar los siguientes aspectos:

- Efectuar una evaluación independiente para evitar conflictos de intereses, ya que la responsabilidad es social.
- Indicar fuentes de financiamiento y administración de recursos y de este modo clarificar posibles conflictos de intereses.
- Los comités de evaluación no pueden aceptar pagos exclusivamente para la aprobación o autorización de un protocolo de investigación.
- Garantizar que el estudio se encuentra dentro de los lineamientos legales.

La investigación se realizará de forma externa por estudiantes del undécimo semestre de la carrera de Odontología de la Universidad Viña del Mar, sin vinculación laboral o afectiva con el CESFAM Las Torres, Viña del Mar.

Los recursos necesarios para realizar la investigación serán aportados de manera particular por los estudiantes que desarrollarán la investigación.

Se declara que no existen conflictos de interés de parte de los autores.

5.7.6. Consentimiento informado

El consentimiento informado se justifica por el principio de respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Los individuos solo participarán cuando la investigación sea compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debe ser libre. Es necesario informar sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tenga los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión. Los comités tienen la responsabilidad de evaluar la información escrita que se entregará a los posibles sujetos de investigación –o, en su defecto, a su representante legal–, sobre las características del ensayo y la forma en que se proporcionará dicha información, considerando los posibles intereses del paciente.

Se entregó a todos los usuarios un consentimiento informado escrito (Anexo n°2) que informaba y explicaba el objetivo y el método de investigación: conocer la satisfacción en Atención Primaria de Salud (APS) del CESFAM Las Torres respecto a la visión personal de cada uno, de acuerdo a una encuesta validada y adaptada para la atención en salud. Posteriormente, cada usuario podía decidir si deseaba participar o no de la investigación. Esta encuesta fue desarrollada a través del instrumento de medición SERVPERF, en torno a las cinco dimensiones de la calidad del servicio (*tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía*) la cual contiene 22 ítems, que recolectan y miden, a través de escala de Likert, la percepción del servicio brindado durante el periodo de recolección de datos. Se agregaron también preguntas orientadas a conocer situación sociodemográfica de los usuarios inscritos. Todo lo mencionado anteriormente se analizó a través de un método estadístico descriptivo y comparativo.

5.7.7. Respeto a los sujetos inscritos

Se justifica por múltiples principios, incluido el de beneficencia y el de respeto a la autonomía. Esta norma de respeto a los sujetos que participan en la investigación implica que:

1. se asegure que el sujeto tendrá derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio de que pueda seguir con tratamiento médico.
2. se garantice la protección de la confidencialidad y se justifiquen las posibles excepciones. Se busque, por ejemplo, omitir información que podría identificar a los sujetos.
3. se evite todo tipo de coerción.
4. se proporcione información sobre riesgos y beneficios.
5. se informe acerca de los resultados.
6. no se descuide el bienestar del sujeto, ya que pueden producirse reacciones adversas.

En esta investigación es relevante la autonomía, ya que el usuario contesta de forma individual y voluntaria. Además, existe un interés de beneficencia hacia la propia persona, ya que se conocerá su percepción frente a la atención de salud recibida. Se garantiza la confidencialidad de la información proporcionada por no existir recolección de datos personales en la encuesta (RUT, dirección, número de teléfono, etcétera).

5.8. Metodología

El análisis estadístico consistió en realizar inicialmente un análisis exploratorio de datos, entregando algunas estadísticas descriptivas que resuman la información.

Todas las pruebas estadísticas que se realizaron en este estudio fueron pruebas no paramétricas, es decir, no se realizó prueba de normalidad, debido a que las encuestas que utilizan escala Likert, que constituye una variable cualitativa ordinal, se analizan mediante la mediana y no el promedio (Huerta, P., 2016).

Esta metodología se dividió en 3 partes, en la primera se consideraron las cinco dimensiones, realizando un análisis de comparación mediante la prueba de Friedman, donde las hipótesis a contrastar fueron las siguientes:

- **H₀**: Las medianas de las cinco dimensiones son iguales
- **H₁**: al menos una de las medianas es distinta

Cuando la prueba fue significativa se realizó la prueba de Nemenyi, en donde se comparó los pares de dimensiones entregando el resultado de cuál produce la diferencia significativa, junto a esto se entregó un gráfico de Demsar que muestra el grupo de dimensiones que son estadísticamente iguales entre sí.

A continuación, se realizó el análisis de las dimensiones por separado, detallando las preguntas que están consideradas en cada una de ellas.

Posteriormente, se realizó la segunda parte, en relación con el análisis entre las preguntas, sin considerar a qué dimensión corresponde, se ordenaron las preguntas en orden de mayor grado de satisfacción a menor grado de satisfacción según lo obtenido por la prueba de Friedman y la prueba de Nemenyi y no considerando los porcentajes de satisfacción, obtenidos al cortar en el 5 de la escala Likert la satisfacción de las personas (Anexo n°5, Tabla 1).

Y, por último, se realizó un análisis entre las dimensiones de la encuesta y las características sociodemográficas, utilizando la prueba de Mann-Whitney para el caso de comparar variables de dos categorías como es el caso del sexo, y la prueba de Kruskal-Wallis en el caso que las variables tengan más de dos categorías. Las hipótesis por contrastar son iguales a las de Friedman, pero se comparan grupos y no variables.

Los análisis estadísticos y los gráficos fueron desarrollados a través del software estadístico Stata 11.2.

VI. Resultados

6.1. Objetivo n°1: Describir características sociodemográficas de los usuarios del CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar

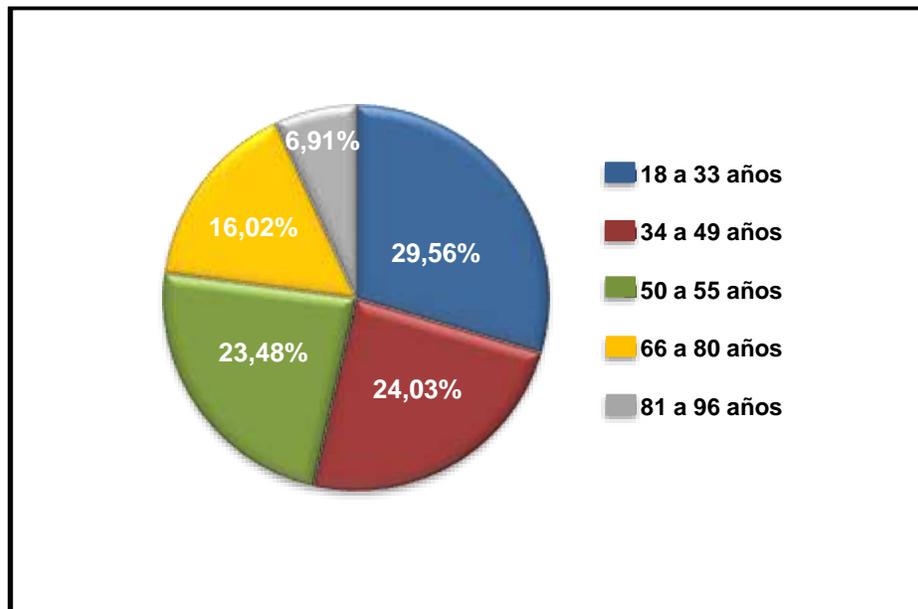
6.1.1. Análisis Descriptivo

A continuación, se detalla el análisis descriptivo de la muestra aleatoria determinada observando las variables: edad, sexo, ocupación, nivel de estudio, prestación de salud y el tiempo de permanencia en CESFAM Las Torres, Forestal.

Edad

La distribución porcentual según edad (años) de los encuestados se presenta de la siguiente forma:

Gráfico n°1: Distribución porcentual de la edad de los encuestados



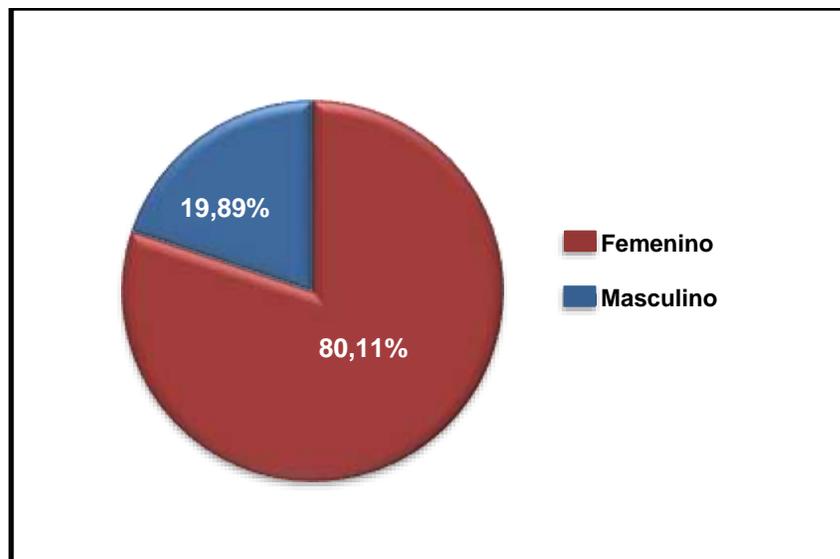
Se observa que el 29,56% de los usuarios encuestados tienen entre 18 y 33 años y el grupo etario con menor porcentaje se encuentra en aquellas personas que tienen entre 81 y 96 años, representadas solo por el 6,91% del total de la muestra.

Con relación a la edad de los usuarios encuestados el promedio fue de 47 años, con una desviación estándar de 18 años, al separarlo por género se tiene que el promedio de edad de los hombres fue de 54 años y el de las mujeres fue de 45 años.

Sexo

La distribución porcentual según sexo de los encuestados se presenta de la siguiente forma:

Gráfico n°2: Distribución porcentual del sexo de los encuestados

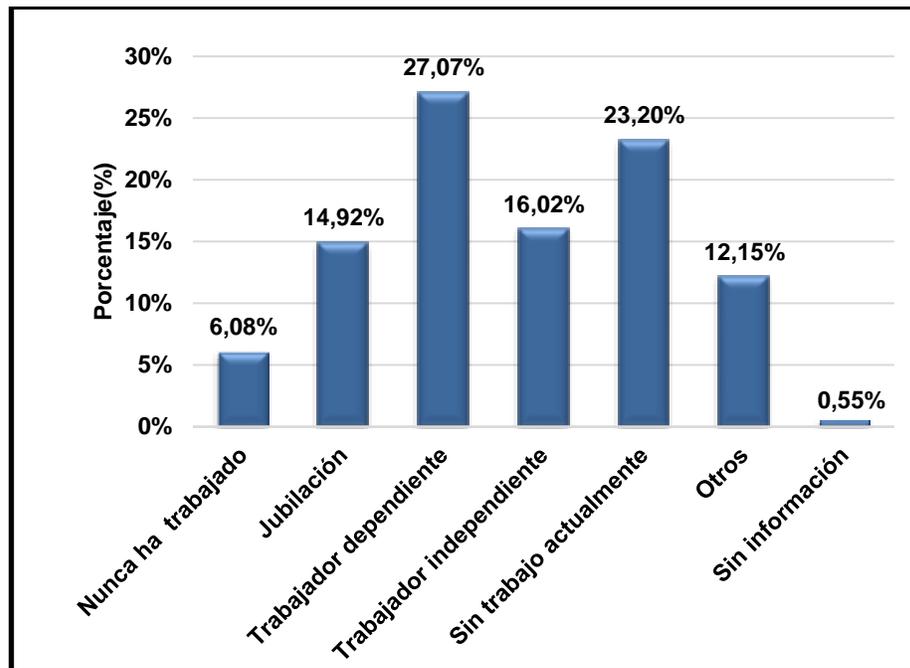


En relación con el sexo se determinó el porcentaje de hombres y mujeres obteniendo que un 19,89% son hombres, mientras que el 80,11% restante son mujeres.

Ocupación

La distribución porcentual de la ocupación de los encuestados se presenta de la siguiente forma:

Gráfico n°3: Distribución porcentual de la ocupación de los encuestados

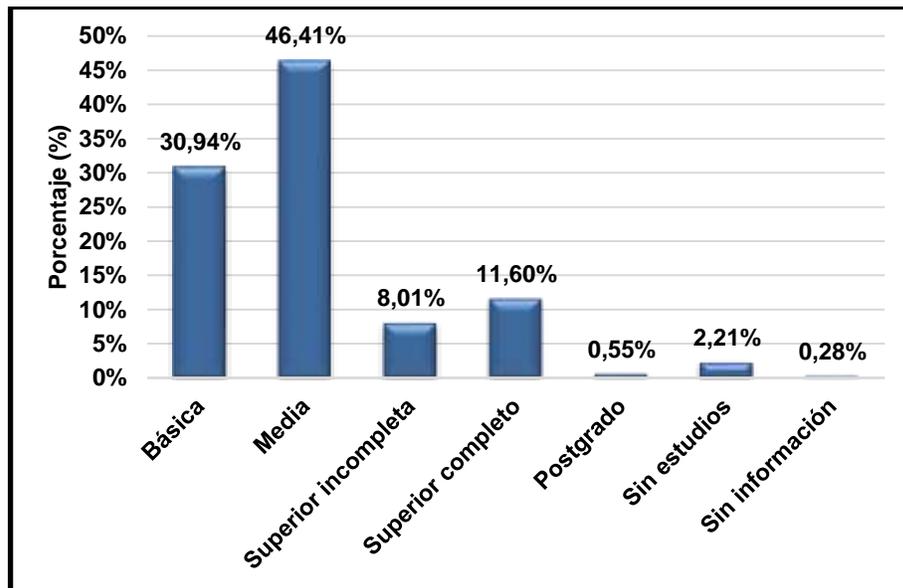


Con relación a la ocupación de los usuarios encuestados se observa que un 27,07% son trabajadores dependientes, un 16,02% son trabajadores independientes, por otro lado, un 23,20% se encuentra cesante actualmente y un 6,08% nunca ha trabajado. Es importante señalar que un 0,55% no entregó información de su ocupación.

Nivel de estudio

La distribución porcentual del nivel de estudio de los encuestados se presenta de la siguiente forma:

Gráfico n°4: Distribución porcentual del nivel de estudio de los encuestados

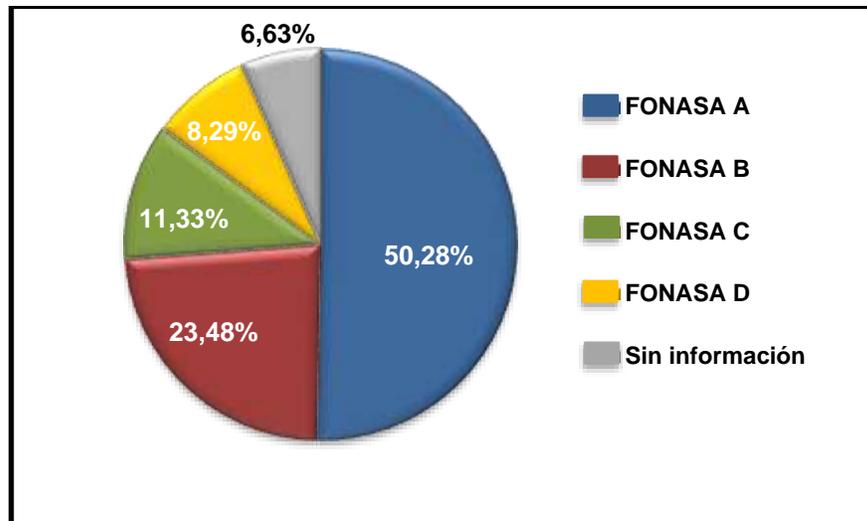


Con relación al nivel de estudio de los usuarios encuestados el 30,94% cuentan con estudios de nivel básico, mientras que un 46,41% completó la enseñanza media, por otro lado, un 2,21% no tiene estudios. Se observa además, que un 12,15% completó la educación superior de los cuales un 0,55% realizó algún postgrado.

Prestaciones de salud

La distribución porcentual de las prestaciones de salud de los encuestados se presenta de la siguiente forma:

Gráfico n°5: Distribución porcentual de las prestaciones de salud de los encuestados

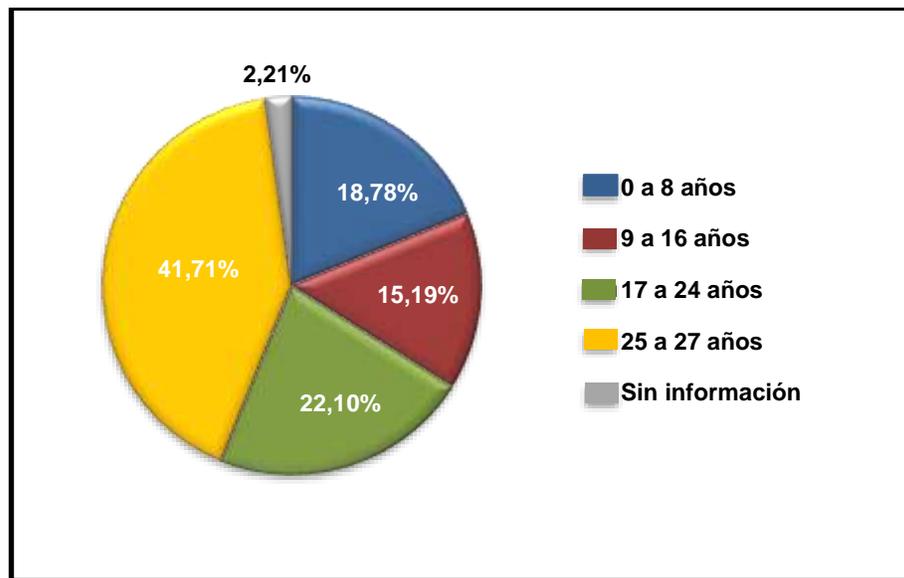


Con relación a la prestación de salud de los usuarios encuestados se observa que la mitad de ellas corresponden a FONASA A, es decir 1 de cada 2 personas pertenecen a este grupo; mientras que un 23,48% pertenecen a FONASA B. Es importante señalar que un 6,63% no entregaron información del tipo de prestación de salud que tienen.

Tiempo de permanencia en el CESFAM Las Torres

La distribución porcentual de la permanencia de los encuestados en el CESFAM se presenta de la siguiente forma:

Gráfico n°6: Distribución porcentual de permanencia en el CESFAM Las Torres de los encuestados

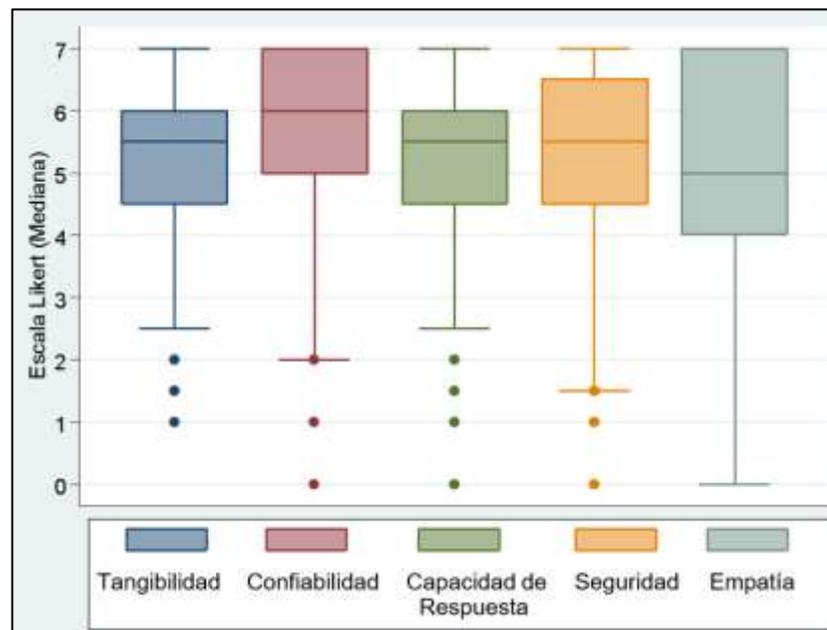


Con relación al tiempo de permanencia de las personas encuestadas en el CESFAM Las Torres se observa en el gráfico n°6 que el 41,71% de los encuestados llevan entre 25 y 27 años perteneciendo al mismo CESFAM, mientras que un 18,78% llevan entre 0 y 8 años, un 15,19% entre 9 y 16 años y un 22,10% entre 17 y 24 años. Es importante señalar que un 2,21% no entregaron información sobre el tiempo de permanencia.

6.2. Objetivo n°2: Identificar dimensiones del instrumento de medición SERVPERF de mayor relevancia en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar

Con el fin de analizar las dimensiones del instrumento de medición SERVFERF se realizó un gráfico Box-Plot (Gráfico n°7) con la mediana obtenida de las preguntas en cada una de las dimensiones por separado. Se observa que la dimensión de *confiabilidad* obtuvo mejores resultados en la satisfacción, mientras que la *empatía* es la que menos satisfacción obtuvo.

Gráfico n°7: Box-Plot por dimensiones



La tabla n°10 muestra los resultados obtenidos para cada dimensión según la mediana. Se observa que la dimensión mejor evaluada fue la *confiabilidad* ya que obtuvo una evaluación de 6,0 y un porcentaje de satisfacción de 79,28%, por otro lado, la *empatía* obtuvo la menor evaluación con una mediana de 5,0 y la *tangibilidad* obtuvo el menor porcentaje de satisfacción (68,23%). Cabe señalar que todas las dimensiones resultaron con una evaluación satisfesa ya que las medianas están entre 4,5 y 6,5 y los porcentajes de satisfacción se encuentran entre 60% y 80%.

Tabla n°10: Resultados de las evaluaciones según dimensión

Dimensión	Mediana	Moda	Porcentaje de satisfacción
Tangibilidad	5,5	6	68,23
Confiabilidad	6,0	7	79,28
Capacidad de respuesta	5,5	6	70,72
Seguridad	5,5	7	73,20
Empatía	5,0	7 y 5	73,48

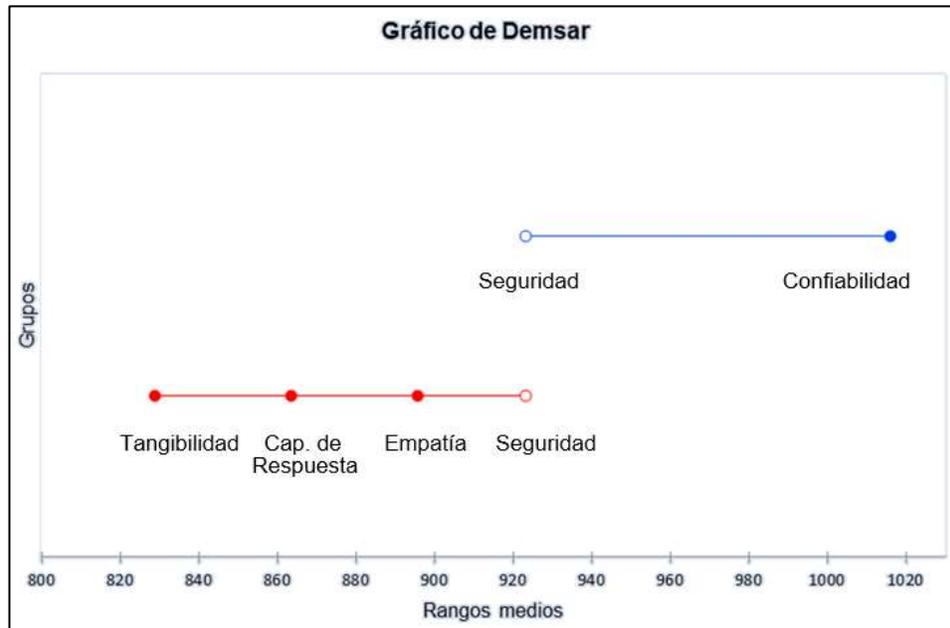
Al realizar una prueba de Friedman se obtuvo que existe diferencia significativa entre las cinco dimensiones debido a que el valor-p obtenido fue 0,00001, es decir, fue significativo y por lo tanto, existe al menos una dimensión distinta. Para determinar qué dimensión es la que presenta diferencia con relación a las otras se realizó la prueba de Nemenyi y se obtuvieron los siguientes valores-p (Tabla n°11):

Tabla n°11: Resultados prueba de Nemenyi

Dimensiones	Tangibilidad	Confiabilidad	Cap. de respuesta	Seguridad	Empatía
Tangibilidad	1				
Confiabilidad	<0,0001	1			
Cap. de respuesta	0,885	0,000	1		
Seguridad	0,095	0,098	0,504	1	
Empatía	0,509	0,025	0,945	0,962	1

En la tabla n°11 se observa que la dimensión *confiabilidad* presenta resultados significativamente mayores que la *tangibilidad*, *capacidad de respuesta* y *empatía*, sin embargo, con *seguridad* no presenta diferencia significativa, siendo esta última la dimensión que no presenta diferencia significativa con ninguna otra.

Gráfico n°8: Grupos obtenidos de la prueba de Nemenyi



El gráfico de Demsar (Gráfico n°8) muestra los grupos creados en relación a las dimensiones que son estadísticamente iguales, un grupo consta de *tangibilidad*, *capacidad de respuesta*, *empatía* y *seguridad* y otro grupo está compuesto por *seguridad* y *confiabilidad*. En base a esto, se puede decir que la dimensión *confiabilidad* es la más relevante.

6.3. Objetivo n°3: Determinar el nivel de satisfacción según: *elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía* en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar

A continuación, se muestra el análisis en detalle de las preguntas para cada una de las dimensiones evaluando su nivel de satisfacción, donde se observa que en general todas las dimensiones fueron evaluadas como satisfactorias.

Tangibilidad

La tabla n°12 muestra los resultados de las 4 preguntas que componen la dimensión de *tangibilidad*.

Tabla n°12: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión tangibilidad

Pregunta	Mediana	Moda	Porcentaje de satisfacción
Pregunta 1: El equipamiento del CESFAM parece moderno.	5	5	62,71
Pregunta 2: Las instalaciones físicas del CESFAM son visualmente atractivas y agradables.	5	5	59,94
Pregunta 3: Quienes atienden el CESFAM tienen apariencia pulcra, limpia.	7	7	88,40
Pregunta 4: Los elementos de apoyo (folletos, recetas, etc.) son visualmente atractivos, bonitos, llamativos.	5	6	69,61
Total tangibilidad	5,5	6	68,24

Se puede observar que la pregunta 3 es la que mejor evaluación de satisfacción obtuvo entre las cuatro preguntas del grupo, con una mediana de 7 y un porcentaje de satisfacción de 88,40% siendo un ítem muy satisfactorio, y por otro lado, la pregunta 2 a pesar que tuvo una mediana de 5, el porcentaje de satisfacción es menor (59,94%), aunque sigue siendo satisfactorio.

Con relación a las respuestas más frecuentes en cada pregunta, las preguntas 1 y 2 tuvieron una evaluación mayoritariamente de 5, la pregunta 4 fue de 6 y la pregunta 3 fue de 7.

Al determinar cuál fue la satisfacción total de esta dimensión, se obtuvo una mediana de 5,5 y un porcentaje de satisfacción de 68,24%, por lo que el grupo de encuestados considera esta dimensión como satisfecha.

Confiabilidad

La tabla n°13 muestra los resultados de las 5 preguntas que componen la dimensión de *confiabilidad*.

Tabla n°13: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión *confiabilidad*

Pregunta	Mediana	Moda	Porcentaje de satisfacción
Pregunta 5: Se respetan las horas de citación predeterminadas.	5	7	62,43
Pregunta 6: Los funcionarios del CESFAM muestran interés por sus problemas.	5	7 y 5	64,36
Pregunta 7: Los tratamientos se realizan bien la primera vez.	6	7	77,07
Pregunta 8: Se concluyen los tratamientos.	6	7	80,93
Pregunta 9: Sus datos están correctamente registrados.	7	7	92,27
Total confiabilidad	6	7	79,28

Se puede observar que la pregunta 9 es la que mejor evaluación de satisfacción obtuvo entre las cinco preguntas del grupo, con una mediana de 7 y un porcentaje de satisfacción de 92,27% siendo un ítem muy satisfactorio, y por otro lado, las preguntas 5 y 6 fueron las peores evaluadas, con una mediana de 5 en ambas preguntas y un porcentaje de satisfacción de 62,43% y 64,36% respectivamente, siendo respuestas satisfactorias para los encuestados.

Con relación a las respuestas más frecuentes en cada pregunta, todas obtuvieron una evaluación mayoritariamente de 7.

Al determinar cuál fue la satisfacción total de esta dimensión, se obtuvo una mediana de 6 y un porcentaje de satisfacción de 79,28%, por lo que el grupo de encuestados considera esta dimensión como satisfecha.

Capacidad de Respuesta

La tabla n°14 muestra los resultados de las 4 preguntas que componen la dimensión de *capacidad de respuesta*.

Tabla n°14: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión capacidad de respuesta

Pregunta	Mediana	Moda	Porcentaje de satisfacción
Pregunta 10: Se le informa respecto al término de la atención.	6	7	82,87
Pregunta 11: La atención profesional es rápida y efectiva.	5	5	46,51
Pregunta 12: Los demás funcionarios del CESFAM están siempre dispuestos a ayudarlo.	6	6	43,75
Pregunta 13: Los demás funcionarios del CESFAM nunca están demasiado ocupados.	5	5	49,01
Total capacidad de respuesta	5,5	6	70,72

Se puede observar que la pregunta 10 es la que mejor evaluación de satisfacción obtuvo entre las cuatro preguntas del grupo con una mediana de 6 y un porcentaje de satisfacción de 82,87% siendo un ítem muy satisfactorio, y por otro lado, las preguntas 11 y 13 fueron evaluadas por los encuestados con una mediana de 5 y la pregunta 12 con una mediana de 6, los porcentajes de

satisfacción no superaron el 50% en ninguna de las 3 preguntas, siendo respuestas satisfactorias en relación a la mediana pero insatisfactorias en relación al porcentaje de satisfacción.

Con relación a las respuestas más frecuentes en cada pregunta, la pregunta 10 tuvo una evaluación mayoritariamente de 7, la pregunta 12 fue evaluada mayoritariamente con 6 y las preguntas 11 y 13 fueron evaluadas mayoritariamente con un 5.

Al determinar cuál fue la satisfacción total de esta dimensión, se obtuvo una mediana de 5,5 y un porcentaje de satisfacción de 70,72%, por lo que el grupo de encuestados considera esta dimensión como satisfecha.

Seguridad

La tabla n°15 muestra los resultados de las 4 preguntas que componen la dimensión de *seguridad*:

Tabla n°15: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión seguridad

Pregunta	Mediana	Moda	Porcentaje de satisfacción
Pregunta 14: La atención le da seguridad.	6	7	70,17
Pregunta 15: El comportamiento de los funcionarios le da confianza.	6	7	76,24
Pregunta 16: Los miembros del CESFAM son siempre amables.	6	7	70,99
Pregunta 17: Los integrantes del CESFAM tienen conocimientos suficientes para contestar inquietudes.	6	6	74,86
Total seguridad	5,5	7	73,20

Se puede observar en esta dimensión que las 4 preguntas fueron evaluadas con una mediana de 6, siendo la pregunta 15 la que tuvo un porcentaje mayor de satisfacción en relación a las otras tres preguntas de *seguridad*.

Con relación a las respuestas más frecuentes en cada pregunta, las preguntas 14, 15 y 16 tuvieron una evaluación mayoritariamente de 7, mientras que la pregunta 17 fue evaluada mayoritariamente con un 6.

Al determinar cuál fue la satisfacción total de esta dimensión, se obtuvo una mediana de 5,5 y un porcentaje de satisfacción de 73,20%, por lo que el grupo de encuestados considera esta dimensión como satisfecha.

Empatía

La tabla n°16 muestra los resultados de las 5 preguntas que componen la dimensión de *empatía*:

Tabla n°16: Resultados de las evaluaciones según preguntas de la dimensión empatía

Pregunta	Mediana	Moda	Porcentaje de satisfacción
Pregunta 18: Lo saludan y llaman por su nombre.	6	7	75,14
Pregunta 19: Los horarios de atención se adecuan al suyo.	5	7	68,23
Pregunta 20: Los miembros del CESFAM le dan una atención personalizada.	6	7	72,10
Pregunta 21: Siente que quienes le atienden tienen real interés por usted.	5	5 y 7	71,82
Pregunta 22: Los miembros del CESFAM comprenden sus necesidades.	5	5	71,82
Total empatía	5,0	7 y 5	73,48

Se puede observar que la pregunta 18 es la que mejor evaluación de satisfacción obtuvo entre las cinco preguntas del grupo, con una mediana de 6 y un porcentaje de satisfacción de 75,14% siendo un ítem satisfactorio y, por otro lado, la pregunta 19 fue la que menor evaluación tuvo con una mediana de 5 y un porcentaje de satisfacción de 68,23%.

Con relación a las respuestas más frecuentes en cada pregunta, las preguntas 18, 19 y 20 tuvieron una evaluación mayoritariamente de 7, y las preguntas 21 y 22 fueron evaluadas mayoritariamente con un 5.

Al determinar cuál fue la satisfacción total de esta dimensión, se obtuvo una mediana de 5 y un porcentaje de satisfacción de 73,48%, por lo que el grupo de encuestados considera esta dimensión como satisfecha.

6.4. Objetivo n°4: Comparar el nivel de satisfacción en CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar, según características sociodemográficas

A continuación, se realizarán los análisis de satisfacción en relación a las características sociodemográficas, comparando cada una de las dimensiones en relación a las diferentes categorías.

Edad

La tabla n°17 muestra las medianas de satisfacción para cada dimensión según el grupo etario. Se observa que los valores en las dimensiones de *tangibilidad*, *capacidad de respuesta*, *seguridad* y *empatía*, son mayores en las personas sobre los 50 años. Se obtuvo un valor-p menor a 0,05 en la prueba de Kruskal-Wallis, por lo que se puede decir que existen diferencias significativas en las dimensiones descritas anteriormente. En relación a *confiabilidad* la mediana de satisfacción es igual en todos los grupos etarios, donde se obtuvo un valor-p mayor a 0,05 en la prueba de Kruskal-Wallis.

Tabla n°17: Medianas de satisfacción por dimensión según edad

Edad (años)	Tangibilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
18 a 33	5,00	6,00	5,00	5,50	5,00
34 a 49	5,00	6,00	5,00	5,00	5,00
50 a 65	5,50	6,00	5,50	6,00	6,00
66 a 80	6,00	6,00	6,00	6,50	6,00
81 a 96	5,50	6,00	6,00	6,00	6,00
Valor-p	0,0014	0,1635	0,0021	0,0005	0,0008

Sexo

La tabla n°18 muestra las medianas de satisfacción en cada dimensión según el sexo. Se observa que las medianas son iguales en las dimensiones a excepción de la *empatía*, que es mayor en los hombres. Se realizó la prueba de Mann-Whitney donde se obtuvo valores-p mayores a 0,05, es decir, los resultados de satisfacción son estadísticamente iguales en ambos sexos para cada dimensión.

Tabla n°18: Medianas de satisfacción por dimensión según sexo

Sexo	Tangibilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Hombre	5,50	6,00	5,50	5,50	6,00
Mujer	5,50	6,00	5,50	5,50	5,00
Valor-p	0,4864	0,6885	0,9878	0,7417	0,2291

Ocupación

La tabla n°19 muestra las medianas de satisfacción para cada dimensión según ocupación, se observa que las personas jubiladas evalúan mejor las dimensiones que los otros grupos. Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis donde se obtuvo valores-p menores a 0,05 en todas las

dimensiones a excepción de *confiabilidad*, es decir, existen diferencias significativas entre los grupos para las dimensiones de *tangibilidad*, *capacidad de respuesta*, *seguridad* y *empatía*.

Tabla n°19: Medianas de satisfacción por dimensión según ocupación

Ocupación	Tangibilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Nunca ha trabajado	5,50	6,00	6,00	6,00	6,00
Jubilado	6,00	7,00	6,00	6,50	6,00
Trabajador depend.	5,00	6,00	5,00	5,25	5,00
Trabajador independ.	5,50	6,00	5,50	5,50	5,00
Sin trabajo actual	5,00	6,00	5,25	5,50	5,00
Otro	5,50	6,00	5,50	6,00	5,00
Sin información	4,75	5,00	4,50	3,75	5,00
Valor-p	0,0007	0,0508	0,0246	0,0049	0,0012

Nivel de estudio

La tabla n°20 muestra las medianas de satisfacción para cada dimensión según el nivel de estudio. Se observa que el grupo de personas que tienen estudios básicos evalúan mejor las dimensiones que los otros grupos. Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, donde se obtuvo valores-p menores a 0,05 en todas las dimensiones a excepción de *confiabilidad* y *capacidad de respuesta*, es decir, existen diferencias significativas entre los grupos, en cambio en *confiabilidad* y *capacidad de respuesta* no existen diferencias significativas entre los grupos según nivel de estudio.

Tabla n°20: Medianas de satisfacción por dimensión según nivel de estudio

Nivel de estudio	Tangibilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
Básica	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
Media	5,25	6,00	5,00	5,50	5,00
Superior incomp.	5,00	6,00	5,50	5,50	6,00
Superior comp.	5,00	6,00	5,25	5,50	5,00
Postgrado	4,75	6,50	5,75	6,00	4,00
Sin estudios	5,25	6,00	6,00	4,25	5,00
Sin información	5,00	4,00	2,50	1,50	4,00
Valor-p	0,0032	0,2650	0,0992	0,0080	0,0203

Prestaciones de salud

La tabla n°21 muestra las medianas de satisfacción en cada dimensión según tipo de prestación de salud. Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis, donde se obtuvo valores-p mayores a 0,05 en todas las dimensiones, es decir, no existen diferencias significativas entre los grupos según prestaciones de salud o son estadísticamente iguales.

Tabla n°21: Medianas de satisfacción por dimensión según prestaciones de salud

Prestaciones de salud	Tangibilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
FONASA A	5,50	6,00	5,50	5,50	6,00
FONASA B	5,50	6,00	5,50	6,00	5,00
FONASA C	5,00	6,00	5,00	5,00	5,00
FONASA D	5,00	6,00	5,00	5,50	5,00
Sin información	6,00	6,50	6,00	6,00	6,00
Valor-p	0,1237	0,4959	0,2863	0,2594	0,0640

Tiempo de permanencia en el CESFAM

La tabla n°22 muestra las medianas de satisfacción en cada dimensión según el tiempo de permanencia en el CESFAM Las Torres. Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis en las cinco dimensiones, se obtuvo en todas los valores-p mayor a 0,05, es decir, no existe diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las dimensiones.

Tabla n°22: Medianas de satisfacción por dimensión según tiempo de permanencia

Tiempo de permanencia	Tangibilidad	Confiabilidad	Capacidad de respuesta	Seguridad	Empatía
0–8 años	5,00	6,00	5,50	5,50	5,50
9–16 años	5,50	6,00	5,50	6,00	5,00
17–24 años	5,25	6,00	5,50	5,50	5,00
25–27 años	5,50	6,00	5,50	6,00	6,00
Sin información	5,25	6,00	4,50	3,75	4,50
Valor-p	0,5459	0,3605	0,6903	0,3098	0,6192

VII. Discusión

La muestra obtenida de 362 personas escogidas aleatoriamente, respondieron la encuesta realizada en febrero del 2020. Esto nos permite describir las características sociodemográficas de los usuarios del CESFAM Las Torres, según el objetivo n°1 se pudo determinar que el rango de edad 18–33 años fue el de mayor frecuencia y el de menor frecuencia fue el rango de edad 81–96 años. Al comparar la información sociodemográfica recogida por este estudio con la información disponible de la encuesta nacional de salud (ENS 2016–2017) es posible decir, que si bien los rangos etarios para expresar los resultados son distintos, se puede deducir que la población más frecuente, tanto para la población de forestal como para la comunidad en general, son los adultos sobre los 24 años y la menos numerosa es la población más añosa, constituida por adultos sobre los 65 años (Subsecretaría de Salud Pública Gobierno de Chile, 2017).

En la interpretación del género se puede observar una prevalencia del sexo femenino por sobre el masculino, con 290 usuarios encuestados identificados con la primera opción. Se puede decir que no existe una diferencia importante entre los datos recogidos por estas investigadoras con las recolectadas por ENS 2016–2017, ya que en ambos casos existe una prevalencia importante de la población femenina por sobre la masculina, esto puede verse explicado por la costumbre social de ser la mujer quien se ocupa de mantener la salud del hogar y tener la disponibilidad horaria para asistir al CESFAM (Subsecretaría de Salud Pública Gobierno de Chile, 2017).

Se pudo observar que en la categoría ocupación existe un mayor porcentaje de trabajadores dependientes, esto se condice con la información comunal (CENSO, 2017), respecto a la alta prevalencia de los trabajadores dependientes o asalariados, aunque es necesario destacar que las otras categorías no son comparables con las de este estudio por su distinta categorización (Biblioteca del Congreso Nacional, 2017).

Respecto al nivel de estudio la mayor prevalencia fueron aquellos usuarios que cursaron enseñanza media, coincidiendo con la información recolectada por la ENS 2016–2017 que describió que la población nacional cursó de 8 a 12 años de escolaridad formal (Subsecretaría de Salud Pública Gobierno de Chile, 2017).

En cuanto a las prestaciones de salud, la mayoría de los usuarios encuestados pertenecían al tramo A de FONASA. Según la información recogida en FONASA para la población nacional, el 32% de la población pertenece al tramo B y solo el 24,7% pertenece al tramo A. Es probable

que en este estudio exista una mayor prevalencia del tramo A, debido a que esta población no tiene otras opciones para acceder a la salud, por lo que acuden con mayor frecuencia al CESFAM al que pertenecen, en comparación a los otros tramos (Fondo Nacional de Salud, 2020).

Al identificar las dimensiones del instrumento de medición SERVPERF de mayor relevancia, en CESFAM Las Torres, según el objetivo n°2, se observa que la dimensión de *confiabilidad* obtuvo los mejores resultados de satisfacción usuaria y *empatía* obtuvo el menor valor. Dentro de la literatura, existe un estudio similar en el CESFAM de Hualqui, región del Biobío, Chile, en el año 2014, que determinó la calidad de satisfacción usuaria en pacientes sin discapacidad y discapacitados en las distintas dimensiones, donde la dimensión mejor evaluada fue la referente a *empatía* y la peor evaluada fue *tangibilidad* (Palma, C.; Oliva, C.; Araya, C.; Fernández, V. & Lobos, C., 2014).

Cabe destacar que no se encontraron publicaciones que profundicen en la comparación entre las cinco dimensiones, por lo que no determinaron si existen diferencias significativas entre las mismas.

Según la medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile, aplicada el 2009, el índice de satisfacción global en los centros de salud es de 80,9% y el aspecto mejor evaluado fue la atención profesional. Dichos resultados son similares a los obtenidos en el presente estudio, donde se observó satisfacción en todas las dimensiones destacando la dimensión de *confiabilidad* la que representó mayor satisfacción entre los usuarios encuestados (Donoso N.; Díaz M.; Peralta J. & Ministerio de salud Gobierno de Chile, 2009).

A la hora de determinar el nivel de satisfacción según *elementos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía* en CESFAM Las Torres, según el objetivo n°3, se encontró que si bien existen estudios en Chile que evaluaron satisfacción usuaria mediante el instrumento de medición SERVPERF, estos no son comparables con la presente investigación ya que sus resultados fueron expresados en base a los promedios obtenidos, a excepción de tesis de pregrado: "Satisfacción de los usuarios de servicios odontológicos de centros de atención primaria de Quilpué" (Hinojosa, H. & Muñoz, C., 2015). Se observa que la percepción de satisfacción en la presente investigación demostró que la dimensión mejor evaluada fue *confiabilidad*, a diferencia del estudio realizado por Hinojosa, H. & Muñoz, C. (2015), quienes determinaron que la dimensión mejor evaluada fue *empatía*.

Comparando el nivel de satisfacción en el CESFAM Las Torres, con las características sociodemográficas de su población, según el objetivo n°4, en cuanto a la edad, los criterios relacionados a las dimensiones de *tangibilidad*, *capacidad de respuesta*, *seguridad* y *empatía*, se observa que a mayor edad mayor satisfacción usuaria (valor- $p < 0,05$), por otro lado, la dimensión de *confiabilidad* fue la única en donde la percepción de satisfacción es igual en todos los grupos etarios (valor- $p > 0,05$). En una investigación de “Satisfacción de los usuarios de servicios odontológicos de centros de atención primaria de Quilpué” (Hinojosa, H. & Muñoz, C., 2015) describieron también que a mayor edad mayor satisfacción del usuario (valor- $p < 0,05$).

Respecto al sexo y la prestación de salud se determinó que no hay diferencias significativas en el nivel de satisfacción según estas características (valor- $p > 0,05$), al igual que la investigación de “Satisfacción de los usuarios de servicios odontológicos de centros de atención primaria de Quilpué” (Hinojosa, H. & Muñoz, C., 2015). En cambio, en lo que se refiere a ocupación y nivel de estudio, se concluyó que existen diferencias significativas en el nivel de satisfacción en ambos casos (valor- $p < 0,05$), observando que la mejor evaluación fue otorgada por los usuarios jubilados y por las personas que cursaron educación básica, respectivamente, a diferencia del estudio antes mencionado que determinó que no hay relación entre los grupos.

Finalmente, es necesario destacar que el estudio “Satisfacción de los usuarios de servicios odontológicos de centros de atención primaria de Quilpué” (Hinojosa, H. & Muñoz, C., 2015) solo analizó la relación entre características sociodemográficas y el nivel de satisfacción general, a diferencia de la presente investigación, que estudió la relación entre estas con el nivel de satisfacción para cada dimensión, aún así, las conclusiones anteriormente descritas se expusieron de forma general para efectos de esta discusión.

VIII. Conclusiones

Es esencial conocer la percepción de calidad de atención en salud, mediante una encuesta de satisfacción, puesto que demuestra ser un instrumento válido para crear las bases necesarias en las modificaciones y programas de mejoras de la atención de forma efectiva, considerando las necesidades de la población. Demostrando a través de medidas de tendencia central, como la mediana, dónde se deben focalizar dichas mejoras y cómo otorgar un servicio para que el usuario se sienta completamente satisfecho. De forma concluyente en esta investigación, se observó que los usuarios manifestaron estar satisfechos en todas las dimensiones descritas, con una leve variabilidad entre las mismas.

Respecto a las características sociodemográficas de los usuarios del CESFAM Las Torres, Forestal, Viña del Mar, se observa que la edad promedio de los encuestados fue de 47 años, donde la representatividad de las mujeres fue la más destacada, además los datos permiten apreciar que la condición de trabajadores dependientes fue la más prevalente, así como también que la mayoría de los encuestados cuenta con estudios de enseñanza media, por otra parte, se señala que la mayoría de los usuarios se encuentran en FONASA A y se atiende por un tiempo mayor a 25 años en el mismo CESFAM.

Es necesario identificar la dimensión de mayor relevancia según la perspectiva de los usuarios, en este caso fue la *confiabilidad*, la cual obtuvo mejores resultados respecto a la satisfacción, reflejando con esto que la capacidad de brindar el servicio prometido en forma precisa y digna de confianza a los usuarios. Por el contrario, la dimensión de menor relevancia es la *empatía*, donde se debe fortalecer el interés en el nivel de atención individualizada que se ofrece.

Respecto al nivel de satisfacción usuaria de la atención primaria según las cinco dimensiones, es relevante mencionar que todas ellas fueron calificadas como satisfechas por los usuarios, donde el nivel de satisfacción está sobre el 68%. Se concluye entonces que existe una buena apreciación en general del servicio prestado en dicho CESFAM, tomando en consideración que la dimensión de *tangibilidad*, donde los usuarios manifiestan su valoración frente a las instalaciones físicas, equipo, personal y materiales para comunicaciones, es la que registra una menor satisfacción.

A nivel general, podemos concluir que no existe diferencia en el nivel de satisfacción en todas las dimensiones para las variables sexo, prestación de salud y tiempo de permanencia (valor- $p > 0,05$). Por otro lado, se observa que para las variables edad, ocupación y nivel de estudio existen diferencias en la percepción de satisfacción entre los grupos estudiados (valor- $p < 0,05$), donde a mayor edad presentaron una mayor satisfacción, las personas jubiladas evaluaron mejor las cinco dimensiones al igual que las personas que tenían un nivel de estudio básico.

IX. Sugerencias y limitaciones

Se sugiere estandarizar el análisis de satisfacción usuaria por medio del uso de la mediana como medida de tendencia central para la descripción e interpretación de los resultados, debido a que esta es la medida más correcta para el caso y la menos sensible ante la presencia de valores extremos. Como bien describe Huerta, P., 2016, la escala Likert es un método de medición muy utilizado para evaluar la opinión a través de datos ordinales, el uso de dichos datos a través del promedio implica la aceptación de una equidistancia entre los niveles consecutivos de la escala, que son inicialmente subjetivos. A pesar de ser la medida más utilizada por su facilidad de cálculo en todos los casos, no está exenta de falencias importantes que se pueden evitar al utilizar la mediana.

Dentro de las limitaciones se puede mencionar que existen investigaciones asociadas al uso de la vestimenta donde el contacto inicial influye en las personas encuestadas y se ha demostrado que es más fácil obtener respuestas sobre la opinión cuando no se representa, a través del atuendo, a una institución o ideología (Corbetta, P., p. 188–191, 2007).

X. Bibliografía

- Araya, V.C., Bustos, L.A., Merino, E.J. M., Ulloa, O.C., & Araya, J. (2014). Calidad del servicio odontológico público basado en percepciones intangibles en paciente sin discapacidad y discapacitados. Talcahuano. Chile. *Odontoestomatología*. 16(23), p. 4-12.
- ASALE, R., & RAE. (2020). *Diccionario de la lengua española*. España: Edición del Tricentenario. Recuperado de <https://dle.rae.es/>
- Berry, L. L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V. A. (1988). The service-quality puzzle. *Business Horizons*, 31(5), 35-43. doi: [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(88\)90053-5](https://doi.org/10.1016/0007-6813(88)90053-5)
- Berry, L. L., Zeithaml, V. A., & Parasuraman, A. (1985). Quality counts in services, too. *Business Horizons*, 28(3), 44-52. doi: [https://doi.org/10.1016/0007-6813\(85\)90008-4](https://doi.org/10.1016/0007-6813(85)90008-4)
- Bertram, D. (2008). *Likert Scales... are the meaning of life*. Topic report: Recuperado de <http://poincare.matf.bg.ac.rs/~kristina/topic-dane-likert.pdf>.
- Chile, B. B. del C. N. de. (2020, junio). *Reportes Estadísticos 2017 de Viña del Mar Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. bcn.cl; BCN. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunas_v.html?anno=2017&idcom=5109
- Choi, B., Granero, R., Pak, A. (2010). Catálogo de sesgos o errores en cuestionarios sobre salud. Asociación Costarricense–Salud Pública. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n2/art08v20n2.pdf>
- Corbetta, P. (Ed.). (2007). En metodología y técnicas de investigación social (188-191). Madrid, España: McGraw-Hill / interamericana de España, S.A..
- Corporación Municipal Viña del Mar. (2019). *CESFAM amigable Las Torres* Recuperado de <http://www.cmvm.cl/content/salud/cesfam/amigable-las-torres/amigable-las-torres.php>
- Dako, F., Wray, R., Awan, O., Subramaniam, R., (2017). Adapting a Standardized, Industry-Proven Tool to Measure Patients' Perceptions of Quality at the Point of Care in a PET/CT Center. *Journal of Nuclear Medicine Technology*. 45 (4), 285-289. doi: <https://doi.org/10.2967/jnmt.117.196170>
- Damianovic, C.N., & Instituto Nacional de Estadísticas. (2008). *Población y sociedad: Aspectos demográficos*. Recuperado de https://enfermeriavespertina.files.wordpress.com/2010/07/poblacion_sociedad_enero09.pdf
- Donoso N., Díaz M., Peralta J. & Ministerio de salud Gobierno de Chile. (2009). *Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/32.pdf>

- Druker, P. (Ed.). (1990). El ejecutivo eficaz. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana, 1969
- Duque, O. E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 15(25), p. 64-80.
- Ferrada, G.A., Grandón, K. R., Molina, M. Y. (2017). Validación de la escala service performance en un centro toxicológico de Chile. *Revista de Salud Pública*, XXI(3), p. 13-21.
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2019). *Beneficiarios*. Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios>
- Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2020). *Conoce FONASA*. Recuperado de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/conoce-fonasa>
- García-Mestanza, J. & Díaz-Muñoz, R. (2008). Comparativa entre distintos sistemas de mediación de calidad de servicio. *EsicMarket*, 130, p. 57-97.
- Gelponi, S., & González, F. (2016). *Determinación de la calidad de servicio en la clínica odontológica UNAB Viña del Mar, Chile*. (tesis de pregrado). Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
- Giménez, V., & Prior, D. (2004). Evaluación de la calidad de servicio y fijación de objetivos en unidades de negocio. Un enfoque frontera. *Revista española de investigación de marketing ESIC*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242765384_EVALUACION_DE_LA_CALIDAD_DE_SERVICIO_Y_FIJACION_DE_OBJETIVOS_EN_UNIDADES_DE_NEGOCIO_UN_ENFOQUE_FRONTERA
- Hermitaño, M.T., & Dávila, V., R. (2010). Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa de pediatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú, 2007. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 3(1), 55-61. doi: <https://doi.org/10.17162/rccs.v3i1.154>
- Hernandez, P. S. (2011). La importancia de la satisfacción del usuario. *Documentación de las Ciencias de la Información*, 34, 349-368. doi: https://doi.org/10.5209/rev_DCIN.2011.v34.36463
- Hinojosa, H. & Muñoz, C. (2015). *Satisfacción de los usuarios de servicios odontológicos de centros de atención primaria de Quilpué*. (tesis de pregrado). Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile.
- Huerta, P. (2016). *Informe sobre medidas de posición central en muestras de datos numéricos y su aplicación a escalas tipo Likert*. Universitat Jaume I de Castelló, Valencia, España. Recuperado de

<http://documents.uji.es/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/871bf9ac-9368-48cd-8c0f-7876a72a9039/informemedidas.pdf?guest=true>

- Humet, C., & Suñol, R. (2001). Órgano de la sociedad española de calidad asistencial. *Revista de calidad asistencial*, 16 (1), S29-S38.
- Ishikawa, K. (Ed.). (1986). *¿Qué es control total de la calidad?* Bogotá, Colombia: Editorial Norma, 1986.
- López-García, A., Valdez-Martínez, E., Goycochea-Robles, M.V., Bedolla, M. (2009). A Snapshot of Medical Care Quality: Health Professional and Patient Satisfaction. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 47 (6), p. 603-610.
- Ministerio de desarrollo social y familia Gobierno de Chile. (2013). *Salud y cambio demográfico. Informe de política social* (174). Recuperado de http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/ipos-2013/media/IPOSSalud_2013.pdf
- Ministerio de salud Gobierno de Chile. (2011). *Estrategia Nacional para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020*. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/12/Metas-2011-2020.pdf>
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2012). *Ley núm. 20.584*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348&idParte=>
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2012). *Ley núm. 20.645*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1046749>
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2012). *Ley núm. 20.824*. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1075743>
- Ministerio de salud Gobierno de Chile. (2017) *Encuesta nacional de salud 2016-2017 Primeros resultados*. Recuperado de: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf
- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2019). *Servicios de Salud*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
- Mora, C.C. (2011). La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. *Revista Brasileira de Marketing*, 10 (2), p. 146-162.
- Morales, L. E. I., & Medina, E. V. C. (2015). Aplicación del modelo SERVPERF en los centros de atención Telcel, Hermosillo: una medición de la calidad en el servicio. *Contaduría y administración*, 60 (1), p. 229-260.
- Palma, C., Oliva, C., Araya, C., Fernández, V., & Lobos, C. (2014). *Calidad del servicio de salud basado en intangibles, en pacientes sin discapacidad y discapacitados*, CESFAM Hualqui. (trabajo de pregrado). Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

- Pezoa, G.,M., & Superintendencia de salud (2013). *Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-9005_recurso_1.pdf
- Ramírez, A. (2017). Servqual o Servperf ¿otra alternativa?. *Sinapsis*, 9 (1), 59-63.
- Sánchez, J., González, T., Gaytán, J., & Pelayo, J. (Ed.). (2017). *Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad*. Guadalajara, México: Fondo Editorial Universitario.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales (2012). *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud*. Recuperado de
- Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria Gobierno de Chile. (2012). *Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Superintendencia de Salud Departamento de Estudios y Desarrollo Gobierno de Chile. (2017). *Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile*. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articulos-14790_recurso_1.pdf
- Velásquez M. & Superintendencia de salud Gobierno de Chile (2011). *Acreditación de Calidad en Salud*. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>
- Vizcaíno, A. D. J., Marín, V., Vargas, B., J., & Gaytan-Cortes, J. (2017). *Política macroeconómica para el fortalecimiento de la competitividad, capítulo 12: SERVPERF: Medición de la satisfacción del servicio en un hospital público*. Guadalajara, México: Fondo Editorial Universitario.
- WHO Working Group. (1989). The Principles of Quality Assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 1, 79–95. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/1.2-3.79>

XI. Anexo

Anexo n°1: Aprobación del comité ético científico UVM

CARTA INFORME DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC-UVM)

Viña del Mar, 28 de enero de 2020

Señor,
Dr. Hugo Toloza Álvarez
Carrera de Odontología.
Escuela de Ciencias de la Salud
Universidad Viña del Mar

Estimado Dr. Toloza,
De acuerdo a documentación enviada por ustedes con fecha 21 de noviembre de 2019, a solicitud de revisión y emisión de certificación aprobatoria por parte del Comité Ético Científico, del proyecto de tesis titulado "**Determinación de calidad de atención mediante encuesta de satisfacción usuario SERVPERF en Centro de Salud Familiar Las Torres, Viña del Mar, región de Valparaíso, Chile**"; cuyos docentes guías son los Drs. Hugo Toloza y Andrea Poblete, y una vez que se constituyó el Comité para su evaluación, sesiones ordinarias N°21 del 21 de enero de 2020 y N°22 del 28 de enero de 2020, se determinó lo siguiente.

Se analizaron y evaluaron los aspectos ético científicos de la propuesta, y se determinó en sesión del 28 de enero de 2020, acta N°22, que la propuesta de tesis ha sido aprobada, por lo que cumple con los requisitos solicitados de aprobación por este Comité Ético Científico.

Por lo que, en cuanto al procedimiento ético, no hay observaciones.

Sin otro particular, se despide atentamente de usted.

Dr. Francisco Javier González R.
Presidente
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
UVM



Anexo n°2: Consentimiento informado

Determinación de calidad de atención en centro de salud familiar mediante SERVPERF, Viña del Mar 2020

Señor/ Señora

Presente

El propósito de esta información es ayudarlo/ayudarla a tomar la decisión de participar en una investigación que tiene por objetivo estudiar la percepción de la calidad en la atención recibida en el Centro de Salud al que usted acude.

Tome el tiempo que requiera para decidirse lea cuidadosamente este documento y hágale las preguntas que desee a los miembros del grupo de investigación.

Se le aplicará una encuesta en donde deberá responder a una serie de preguntas relacionadas con la forma en que es atendido y la relación con los integrantes del centro de salud, en general, y los profesionales de la salud, en particular. Nos interesa conocer la apreciación del usuario respecto a la calidad de atención de salud brindada en CESFAM Las Torres.

Toda esta información es de carácter reservado y servirá de ayuda para poder mejorar la atención de su servicio de salud.

MUCHAS GRACIAS

Investigadoras responsables

Alejandra Barros, Camila Caballería, Danitza Carreño y Bárbara Carreño

Yo.....acepto lo señalado anteriormente, creo en la confidencialidad de la información que otorgo y autorizo su buen uso. Me he quedado con una copia de lo firmado.

Yo.....no autorizo lo señalado anteriormente y me niego a responder la encuesta presentada, así como el uso de mi información.

Anexo n°3: Encuesta de investigación cuestionario

3.1. Presentación

Estimado usuario mí nombre es _____ estudiante de odontología del undécimo semestre de la Universidad Viña del Mar y estoy realizando un estudio sobre la calidad del servicio de salud en el CESFAM Las Torres. Como grupo de tesis nos interesa conocer su opinión acerca de la calidad de los servicios; y por eso solicitamos su colaboración, respondiendo un cuestionario, cuyas respuestas son confidenciales y anónimas.

3.2. Antecedentes del usuario

1. Edad		
2. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
3. Ocupación	Nunca ha trabajado	<input type="checkbox"/>
	Jubilado	<input type="checkbox"/>
	Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/>
	Trabajador independiente	<input type="checkbox"/>
	Sin trabajo actualmente	<input type="checkbox"/>
	Otros	<input type="checkbox"/>
4. Nivel de estudio	Básica	<input type="checkbox"/>
	Media	<input type="checkbox"/>
	Superior incompleto	<input type="checkbox"/>
	Superior completo	<input type="checkbox"/>
	Postgrado	<input type="checkbox"/>
	Sin estudios	<input type="checkbox"/>
5. FONASA	Fonasa A	<input type="checkbox"/>
	Fonasa B	<input type="checkbox"/>
	Fonasa C	<input type="checkbox"/>
	Fonasa D	<input type="checkbox"/>
6. Hace cuánto tiempo se atiende en este CESFAM		

3.3. Instrucciones

Las siguientes son un grupo de preguntas que se refieren a lo que usted piensa sobre el servicio que le otorga el CESFAM Las Torres; para esto, por favor indíquenos hasta qué punto considera que el consultorio posee las características descritas en cada declaración.

El número 1 nos dice que Ud. está fuertemente en desacuerdo en que el consultorio tiene la característica señalada, hacerlo con la indicación 7 significa que está fuertemente de acuerdo con la declaración. Usted puede escoger las opciones con los números intermedios que mejor represente su pensamiento al respecto. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo interesa que nos indique un número que refleje la percepción que Ud. tiene del servicio de salud del CESFAM Las torres.

	(MUY) DESACUERDO						(MUY) ACUERDO
1. El equipamiento del consultorio parece moderno.	1	2	3	4	5	6	7
2. Las instalaciones físicas del consultorio son visualmente atractivas y agradables.	1	2	3	4	5	6	7
3. Quienes atienden el consultorio tienen apariencia pulcra, limpia.	1	2	3	4	5	6	7
4. Los elementos de apoyo (folletos, recetas, etcétera) son visualmente atractivos, bonitos, llamativos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se respetan las horas de citación predeterminadas.	1	2	3	4	5	6	7
6. Los funcionarios del consultorio muestran interés por sus problemas.	1	2	3	4	5	6	7
7. Los tratamientos se realizan bien la primera vez.	1	2	3	4	5	6	7
8. Se concluyen los tratamientos.	1	2	3	4	5	6	7

9. Sus datos están correctamente registrados.	1 2 3 4 5 6 7
10. Se le informa respecto al término de la atención.	1 2 3 4 5 6 7
11. La atención profesional es rápida y efectiva.	1 2 3 4 5 6 7
12. Los demás funcionarios del consultorio están siempre dispuestos a ayudarlo	1 2 3 4 5 6 7
13. Los demás funcionarios del consultorio nunca estan demasiado ocupados.	1 2 3 4 5 6 7
14. La atención le da seguridad.	1 2 3 4 5 6 7
15. El comportamiento de los funcionarios le dan confianza.	1 2 3 4 5 6 7
16. Los miembros del consultorio son siempre amables.	1 2 3 4 5 6 7
17. Los integrantes del consultorio tienen conocimientos suficientes para contestar inquietudes.	1 2 3 4 5 6 7
18. Lo saludan y llaman por su nombre.	1 2 3 4 5 6 7
19. Los horarios de atención se adecuan al suyo.	1 2 3 4 5 6 7
20. Los miembros del consultorio le dan una atención personalizada.	1 2 3 4 5 6 7
21. Siente en los que le atienden real interés por Ud.	1 2 3 4 5 6 7
22. Los miembros del consultorio comprenden sus necesidades.	1 2 3 4 5 6 7

Anexo n°4: Tablas materiales y método.

Tabla 1: Distribución de la población total por edades, incluyendo intervalo de edad entre 15 y 19 años, del CESFAM Las torres

Edad en años	Número total	Porcentaje total	Número total acumulado	Porcentaje total acumulado
< 1 año	58	0,40%	58	0,40%
1	139	0,96%	197	1,36%
2	161	1,11%	358	2,46%
3	204	1,40%	562	3,87%
4	208	1,43%	770	5,30%
5	215	1,48%	985	6,78%
6	233	1,60%	1.218	8,38%
7	219	1,51%	1.437	9,88%
8	218	1,50%	1.655	11,38%
9	210	1,44%	1.865	12,83%
10	205	1,41%	2.070	14,24%
11	199	1,37%	2.269	15,61%
12	193	1,33%	2.462	16,93%
13	198	1,36%	2.660	18,30%
14	216	1,49%	2.876	19,78%
15-19	1.162	7,99%	4.038	27,78%
20-24	1.207	8,30%	5.245	36,08%
25-29	1.228	8,45%	6.473	44,52%

30-34	1.055	7,26%	7.528	51,78%
35-39	970	6,67%	8.498	58,45%
40-44	962	6,62%	9.460	65,07%
45-49	941	6,47%	10.401	71,54%
50-54	1.065	7,33%	11.466	78,87%
55-59	925	6,36%	12.391	85,23%
60-64	660	4,54%	13.051	89,77%
65-69	506	3,48%	13.557	93,25%
70-74	408	2,81%	13.965	96,06%
75-79	267	1,84%	14.232	97,90%
> 80	306	2,10%	14.538	100,00%
Total = n	14.538	100,00%		

Fuente: SOME, diciembre 2019.

Tabla 2: Distribución de la población total por edades, asumiendo una distribución simétrica en el rango de edad 15 a 19 años, del CESFAM Las Torres

Edad en años	Número total	Porcentaje total	Número total acumulado	Porcentaje total acumulado
< 1 año	58	0,40%	58	0,40%
1	139	0,96%	197	1,36%
2	161	1,11%	358	2,46%
3	204	1,40%	562	3,87%
4	208	1,43%	770	5,30%
5	215	1,48%	985	6,78%
6	233	1,60%	1218	8,38%
7	219	1,51%	1437	9,88%
8	218	1,50%	1655	11,38%
9	210	1,44%	1865	12,83%
10	205	1,41%	2070	14,24%
11	199	1,37%	2269	15,61%
12	193	1,33%	2462	16,93%
13	198	1,36%	2660	18,30%
14	216	1,49%	2876	19,78%
15	232	1,60%	3108,4	21,38%
16	232	1,60%	3340,8	22,98%
17	232	1,60%	3573,2	24,58%
18	232	1,60%	3805,6	26,18%
19	232	1,60%	4038	27,78%
20-24	1.207	8,30%	5245	36,08%

25-29	1.228	8,45%	6473	44,52%
30-34	1.055	7,26%	7528	51,78%
35-39	970	6,67%	8498	58,45%
40-44	962	6,62%	9460	65,07%
45-49	941	6,47%	10401	71,54%
50-54	1.065	7,33%	11466	78,87%
55-59	925	6,36%	12391	85,23%
60-64	660	4,54%	13051	89,77%
65-69	506	3,48%	13557	93,25%
70-74	408	2,81%	13965	96,06%
75-79	267	1,84%	14232	97,90%
> 80	306	2,10%	14538	100,00%
Total = n	14.538	100,00%		

Fuente: Análisis estadístico, diciembre 2019.

Tabla 3: Distribución de la población total por edades, mediante el percentil tabulado de la población total por edades, CESFAM Las Torres

Edad en Años	Número total	Porcentaje total	Número total acumulado	Porcentaje total acumulado
0-4	770	5,30%	770	4,85%
5-9	1.095	7,53%	1.865	12,38%
10-14	1.011	6,95%	2.876	19,34%
15-17	664	4,57%	3.540	23,90%
18-19	498	3,43%	4.038	27,33%
20-24	1.207	8,30%	5.245	35,63%
25-29	1.228	8,45%	6.473	44,08%
30-34	1.055	7,26%	7.528	51,34%
35-39	970	6,67%	8.498	58,01%
40-44	962	6,62%	9.460	64,63%
45-49	941	6,47%	10.401	71,10%
50-54	1.065	7,33%	11.466	78,42%
55-59	925	6,36%	12.391	84,79%
60-64	660	4,54%	13.051	89,33%
65-69	506	3,48%	13.557	92,81%
70-74	408	2,81%	13.965	95,61%
75-79	267	1,84%	14.232	97,45%
> 80	306	2,10%	14.538	99,55%
Total = n	14.538	100,00%		

Fuente: Análisis estadístico, diciembre 2019.

Anexo n°5: Tablas de resultados

Tabla 1: Orden de satisfacción

Preguntas		Mediana	Porcentaje de Satisfacción
P9	Sus datos están correctamente registrados.	7	92,27
P3	Quienes atienden el CESFAM tienen apariencia pulcra, limpia.	7	88,40
P10	Se le informa respecto al término de la atención.	6	82,87
P8	Se concluyen los tratamientos.	6	80,93
P18	Lo saludan y llaman por su nombre.	6	75,14
P7	Los tratamientos se realizan bien la primera vez.	6	77,07
P15	El comportamiento de los funcionarios le da confianza.	6	76,24
P17	Los integrantes del CESFAM tienen conocimientos suficientes para contestar inquietudes.	6	74,86
P16	Los miembros del CESFAM son siempre amables.	6	70,99
P20	Los miembros del CESFAM le dan una atención personalizada.	6	72,10
P12	Los demás funcionarios del CESFAM están siempre dispuestos a ayudarlo	6	43,75
P14	La atención le da seguridad.	6	70,17
P19	Los horarios de atención se adecuan al suyo.	5	68,23
P4	Los elementos de apoyo (folletos, recetas, etc.) son visualmente atractivos, bonitos, llamativos.	5	69,61
P21	Siente que quienes le atienden tienen real interés por usted.	5	71,82
P22	Los miembros del CESFAM comprenden sus necesidades.	5	71,82
P11	La atención profesional es rápida y efectiva.	5	46,51
P5	Se respetan las horas de citación predeterminadas.	5	62,43
P6	Los funcionarios del CESFAM muestran interés por sus problemas.	5	64,36

P1	El equipamiento del CESFAM parece moderno.	5	62,71
P2	Las instalaciones físicas del CESFAM son visualmente atractivas y agradables.	5	59,94
P13	Los demás funcionarios del CESFAM nunca están demasiado ocupados.	5	49,01