



**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

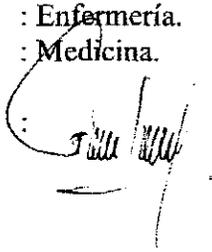
**Patient Experience:
Una nueva mirada para la Calidad en Salud.**

Tesis presentada como parte de
los requisitos para optar a grado de
Licenciado en Enfermería

**Daniela Paz Mogollones Pérez
Dania Beatriz Santana Álvarez
Katherine Ailene Volke Oyarzún
VALDIVIA – CHILE
2014**

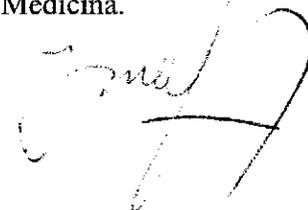
COMISION EVALUADORA

Profesor Patrocinante:

Nombre : René Mauricio Barría Pailaquilén
Profesión : Enfermero
Grado : Magister en Epidemiología Clínica (MSc.)
Doctor en Salud Pública (DrPH)
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma : 

Profesores Informantes:

Nombre : María Julia Calvo Gil
Profesión : Enfermera y Matrona
Grado : Magister en Bioética
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Nombre : Vinka Aleova Yusef Contreras
Profesión : Enfermera
Grado : Magister en Enfermería
Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma : 

DEDICATORIA

*A cada uno de nuestros padres,
por todo el apoyo,
paciencia y amor,
brindado durante
nuestros años de estudio.*

AGRADECIMIENTOS

*A la participación
y colaboración de todos los
pacientes, profesionales de salud,
profesores y profesoras,
que han hecho posible el desarrollo
de esta tesis.*

INDICE

CAPITULO PÁGINA

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
1. INTRODUCCIÓN	1-2
2. MARCO TEÓRICO	3-10
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	11
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
4.1 DISEÑO DE ESTUDIO	12-13
4.2 RECOGIDA DE DATOS	13-14
4.3 ANÁLISIS	15-16
4.4 RIGOR METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	16
4.5 RIGOR ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN	16-17
5. RESULTADOS	18-30
6. DISCUSIÓN	31-34
7. CONCLUSIONES	35
8. REFERENCIAS	36-43
ANEXOS	44-55

RESUMEN

Introducción: En Chile desde la década del '90, se ha utilizado la encuesta de satisfacción usuaria como instrumento para medir la calidad de atención en salud. Pero con el paso del tiempo, se ha revelado que este enfoque es una herramienta poco útil al ser un concepto multidimensional y subjetivo. Por ello surge el Modelo Patient Experience, basado en las experiencias vividas por los pacientes en el ámbito de salud, siendo capaz de evaluar aspectos como: la calidad de los servicios básicos, comunicación con los proveedores, entre otros temas.

Objetivo: Adaptar y validar el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33, al contexto nacional.

Método: A través del método cualitativo, el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33 fue validado por apariencia y adaptado transculturalmente a la realidad del Hospital Base Valdivia por medio de modificaciones recomendadas por el análisis de un grupo de expertos, el cual posteriormente fue presentado a dos grupos focales de pacientes. Finalmente, se utilizó el análisis de contenido sobre la información recolectada por los grupos focales, siendo interpretada y sintetizada según el objetivo planteado.

Resultados: Las modificaciones recomendadas por el grupo de expertos se basaron principalmente en el lenguaje semántico del instrumento, tanto en la descripción y formulación de las interrogantes, como en sus respuestas (ítemes 13, 24 y 29). En cuanto a los dos grupos focales, comentaron que el instrumento era completo y útil en su aplicación, al evaluar dimensiones cruciales para la calidad en salud. Los cambios fueron en las alternativas de los ítemes 15 y 30, incluyendo justificación y responsabilidad respectivamente.

Conclusión: El instrumento Picker Patient Experience es una herramienta útil, coherente, de secuencia lógica, con interrogantes de fácil comprensión para el lector y que además, incorpora temas de calidad que actualmente no se están midiendo y son necesarias de evaluar. Por lo tanto, esta encuesta puede contribuir de forma activa en las herramientas de mejora en el ámbito de calidad en la salud chilena y, además, en la gestión del cuidado de Enfermería.

ABSTRACT

Introduction: In Chile since the late '90s, it's been used the survey of user satisfaction as a tool for measuring the quality of health care. But over time, it has been shown that this approach is a little useful tool for being a multidimensional and subjective concept. Thus arises the Model Patient Experience, based on the experiences of patients in the health field, being able to evaluate issues such as: the quality of basic services, communication with suppliers, among others.

Objective: To adapt and validate the instrument Picker Patient Experience Questionnaire-33, to the national context.

Method: The instrument Picker Patient Experience Questionnaire -33 was validated by appearance and adapted cross-culturally to the reality of Base Valdivia Hospital through recommended by the analysis of a group of experts modifications, which was subsequently presented to two focus groups of patients. Finally, the content analysis of the information collected by the focus groups was used, being interpreted and synthesized according to the stated objective.

Results: The recommended by the expert group modifications were mainly based on the semantic language of the instrument, both in the description and formulation of the questions and their answers (items 13, 24 and 29). As for the two focus groups, they commented that the instrument was complete and useful in its application to evaluate critical dimensions for quality in health. The changes were in the alternatives of the items 15, and 30, including justification and responsibility respectively.

Conclusion: The instrument Picker Patient Experience is an useful tool coherent, logically sequenced, with easily understood questions by the reader and also incorporates quality issues not currently being measured and necessary to assess. Therefore, this survey can actively contribute in the improvement tools in the field of Quality in Chilean Health and also in the management of nursing care.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los ejes centrales de los procesos de reforma y de modernización de la salud en Chile y otros países del mundo, es la calidad de la atención, en Chile a partir de la Reforma de Salud del año 2000 se incorporó un nuevo enfoque con respecto a la calidad en la atención sanitaria, el cual se basa en brindar una atención oportuna y de calidad, a un número importante de personas que presentan patologías con un alto impacto social (1). En la Ley 19.966 quedan establecidas las garantías explícitas de salud, que constituyen un derecho para el beneficiario de fondo nacional de salud (FONASA) e instituciones de salud previsional (ISAPRE), dentro de las cuales está el garantizar la calidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a determinados problemas de salud priorizados (AUGE/GES) (2). Esta ley amplía el marco regulatorio del Ministerio de Salud, que está a cargo de: "establecer los estándares mínimos, tales como: condiciones sanitarias, seguridad de las instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, entre otros, que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como: hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones realizadas alcancen la calidad mínima requerida para la seguridad de los usuarios" (1,2).

Sin embargo, también es necesario preocuparse de la satisfacción del paciente, ya que se reconoce que es una dimensión muy potente que permite evaluar la calidad, la cual no siempre está relacionada con la calidad funcional o técnica, dimensión que según la literatura, se traduce en la calidad percibida por los usuarios (3,4).

Frente a esto, históricamente Donabedian (1966) proponía que la medición de la calidad se realice de acuerdo a tres dimensiones: estructura (recursos materiales y humanos) proceso (interacción entre profesionales y cliente) o el resultado (mejoras en salud y satisfacción), destacando el valor de la satisfacción del paciente como un indicador (5). Esto también se observa en los modelos de calidad europeos donde se incorpora como elemento relevante del proceso asistencial (3, 4). Variados estudios realizados en Europa sugieren que los pacientes pueden contribuir de manera significativa a la mejoría de la calidad, en particular a través de la evaluación de los aspectos no clínicos de la atención en salud, como el ambiente del cuidado y sus experiencias. Por esta razón, nace un enfoque alternativo, donde el objetivo se centra en el paciente, entregándole la oportunidad y el derecho de participar en las decisiones de su propia salud y establecer metas en común con los equipos encargados de su atención en salud (3,4,6,7).

Actualmente, en los países desarrollados que forman parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), se está implementando el modelo denominado: Patient Experience o Experiencia del Paciente, que tiene como finalidad contribuir al crecimiento de la salud y a su vez, al desarrollo económico y bienestar social (7).

Este modelo surge, debido a que con el paso del tiempo se ha revelado que la satisfacción usuaria es una herramienta poco específica y de limitada utilidad dado que la satisfacción es un concepto multidimensional, ambiguo, subjetivo y susceptible a cambios según el momento de la atención en que se evalúe (7-9). Frente a ello, se determinó que sería más provechoso utilizar sus componentes, expectativas y experiencias, lo que condujo al desarrollo de nuevos instrumentos, en los que el énfasis no estaba en una evaluación de la satisfacción, sino más bien, en la recogida de informes detallados de lo que sucedió a los pacientes durante su atención en los diversos servicios de salud (8,10-13).

El Modelo Patient Experience, es un enfoque que evalúa aspectos como: la calidad de los servicios básicos, tiempo de espera, comunicación con los proveedores de atención de salud, permitiendo identificar prioridades que son susceptibles de mejoría desde la perspectiva del paciente (14,15); en contraste de lo que se está utilizando en Chile desde la década del '90 (16), donde aún se aplica la encuesta de satisfacción usuaria como factor predictivo y evaluador de la calidad de las prestaciones en salud (17,18). Inclusive, algunos resultados de este instrumento se relacionan a incentivos, como es el caso de la Atención Primaria de Salud (APS) (19).

Es por esta razón, que esta tesis tuvo el propósito de contribuir en la actualización de la evaluación de la calidad de la atención en salud establecida en Chile, adaptando transculturalmente uno de los instrumentos perteneciente al Modelo Patient Experience a la realidad local y facilitando su posterior aplicación en el país.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El concepto de Calidad de la Atención o Calidad Asistencial se introduce explícitamente a partir de 1991 en el Ministerio de Salud de Chile, con la creación de la Unidad de Calidad y Regulación, la cual comenzó a impulsar programas de mejoramiento continuo en los Servicios de Salud, a través de un largo proceso en torno a la sensibilización y capacitación de los equipos de salud a lo largo del país. Este proceso trajo consigo una revisión del tema y la introducción de diversos mecanismos tendientes a evaluar la calidad en los diferentes centros de salud del país (16,20).

Por otro lado, durante el siglo XX, en Estados Unidos y Canadá, se tomaban nuevas medidas debido a una creciente demanda de cuidados en salud, altos costos de mantenimiento de los servicios, posesión de recursos limitados, desarrollo de la práctica clínica y pacientes más exigentes; lo que derivó en la implementación de nuevas herramientas donde el paciente es la figura principal para definir calidad (21,22).

A pesar de que actualmente el término calidad de la atención tiene amplia difusión, desde tiempos remotos, varios autores han tratado de definirla. Entre ellos, Donabedian en 1980, la describe como *"aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio al paciente luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención"* (22). Otras descripciones de calidad son *"hacer lo correcto, en la forma correcta, de manera inmediata"* (W. Edwards Deming, el padre del movimiento de la Gestión de Calidad Total, citado por la Organización Panamericana de Salud) (23). *"(...) Es el desempeño, acorde a las normas, de manera segura que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición"* (24). Por otro lado, el Instituto de Medicina (IOM) de Estados Unidos, la define como: *"el grado en el cual los servicios de salud, para individuos y la población, incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico"* (22).

Otros autores describen calidad como un concepto integral y multifacético, que posee al menos ocho dimensiones, las que son necesarias para el desarrollo de los programas de

garantía de calidad y se mencionan a continuación: un sistema local de salud donde se correlacionen los sistemas intra y extra-hospitalarios, habilidades técnicas profesionales, uso eficiente de los recursos, reducción al mínimo de lesiones que se producen o que se derivan de la asistencia, accesibilidad a los servicios de salud y satisfacción del paciente con respecto a sus demandas, necesidades y/o expectativas (24-26); estas dimensiones varían en importancia, puesto que depende del propósito de cada programa y del contexto de la realidad local donde será aplicado (25).

En Chile, para evitar errores como en cirugías o cambios de identificación de pacientes al momento de otorgar cuidados, fue necesario que las instituciones en salud otorguen prestaciones de calidad y seguridad para las personas que acuden a ellas; debido a esto se exige la acreditación a todos los establecimientos de atención cerrada, hospitales y clínicas, a contar del 1 de julio de 2013, además de aquellos que realizan atención abierta, como la APS. Entre las exigencias para acreditarse, figura el cumplimiento de estándares definidos para cada tipo de prestador, que incluye nueve ámbitos: respeto a la dignidad del paciente, gestión de la calidad, gestión clínica, acceso, oportunidad y continuidad de la atención, competencias del recurso humano, registros, seguridad de los equipos, seguridad de las instalaciones y servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico (2).

Por otro lado, para medir la calidad de la atención, se utilizan encuestas de satisfacción usuaria, libros y buzones de sugerencias, reclamos y felicitaciones, y grupos focales, que a su vez, permiten que el paciente participe activamente en el proceso de evaluación, diagnóstico, cuidados y tratamiento (27). Esto es debido a que la evidencia sugiere que los pacientes pueden contribuir de manera significativa a la calidad, específicamente a través de la evaluación de los aspectos no clínicos, como son la evaluación del ambiente de cuidado y experiencias con el proceso de atención (3,4).

Consecuentemente, ha sido esencial que la gestión sanitaria dirija sus mejoras en el ámbito de la calidad, desde el conocimiento, entendimiento y aceptación del punto de vista del paciente, fortaleciendo la relación cliente/proveedor (14,28) y la toma de decisiones compartida, donde el paciente selecciona el resultado de salud de la más alta prioridad y el médico determina qué tratamiento tiene más probabilidad de lograr ese resultado (29).

No obstante, algunos investigadores consideran que tal vez el obstáculo más importante para concretar el objetivo orientado al paciente, es que la medicina está profundamente enraizada en el paradigma de la enfermedad (29). Sin embargo, esta problemática se ha ido modificando en el tiempo, ya que la mayoría de los consultantes posee mayor información acerca de sus derechos y la responsabilidad de su propia salud, generando un empoderamiento en torno a este tema y, por lo tanto, exigen una mejor calidad de la atención (30).

Con respecto a esto último, el informe del IOM "Cruzando el abismo de calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo 21" (31) sugiere que este cambio de visión es positivo para el sistema de salud, ya que al conocer la percepción del paciente permitiría anticiparse a sus necesidades, en lugar de limitarse a reaccionar ante ellas (31) y a su vez, exige a los equipos de salud mantenerse preocupados por la calidad de atención que prestan y de cómo ésta puede lograr una mayor satisfacción en el paciente (10,25,31,32).

2.2 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

2.2.1 Definición:

El término "satisfacción" proviene del acto satisfacer, lo que se entiende por "*dar solución a una duda o a una dificultad y también cumplir ciertos requisitos o exigencias*" (33). Esto es parte de lo que se quiere lograr con la satisfacción usuaria, definiéndola como "*el conjunto de acciones que permiten cumplir con calidad, equidad y eficiencia los requisitos, necesidades y exigencias de los beneficiarios del sistema público de salud*" (25). Frente a esto, Donabedian agrega que la satisfacción "*resulta de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente*". Otros autores señalan que el paciente es el eje principal de la satisfacción debido a que ésta es "*el grado de congruencia existente entre las expectativas de la atención ideal y la percepción del servicio que recibió*" (5).

2.2.2 Determinantes de la satisfacción del paciente:

Con el fin de lograr una mayor satisfacción del paciente, se percibió la necesidad de investigar sobre los factores que la limitaban, tanto por parte del paciente, como de los proveedores de la atención. Hall y Dorman (34,35), concluyeron que los determinantes demográficos y socioeconómicos son un pequeño predictor de la satisfacción, sin embargo, su papel podría ser importante para que los proveedores conozcan el conjunto de pacientes en riesgo de obtener menor satisfacción (34,35).

De tal manera, la satisfacción resulta ser una variable dependiente, influenciada según Carmel y Weiss (37), por determinantes como: características del paciente, factores de costo-beneficio y características de la enfermera y del médico (36). Otros estudios destacan características del paciente tales como, edad, sexo, nivel educativo, ingreso económico, expectativas ante los profesionales de salud y estado de salud (patologías físicas y fundamentalmente psiquiátricas) (37).

En un estudio realizado por Di Matteo (36) sobre la percepción del comportamiento médico realizado en California, se demostró una ligera tendencia hacia una mayor satisfacción

cuando los pacientes son mayores de edad y por el contrario, cuando son mujeres y personas con ingreso económico medio y alto, tienden a exigir una mayor calidad de atención, respecto a los otros grupos etarios y sociales (38).

A su vez, en los factores de costo-beneficio y características de la enfermera y del médico se encuentran: la accesibilidad, el monto del pago, la duración del tratamiento y la continuidad del cuidado, como factores importantes para lograr una alta satisfacción en los pacientes (36,37). Asimismo, la calidad de la relación entre el profesional y el paciente, es más determinante para la satisfacción que otras variables, como el nivel educativo o social de los pacientes. De esta forma, la comunicación que se desarrolla entre el profesional de salud y el paciente, se ha considerado como un criterio para lograr mayor satisfacción, en el cual se evalúa la calidad y cantidad de información que reciben los pacientes (36) y se relaciona con la elección de un recinto hospitalario (39).

Otros elementos de la atención, tales como tiempo de espera, características del trato, género y especialidad del profesional, compartir la toma de decisiones, relaciones positivas y entendimiento entre médico y paciente o simplemente resultados positivos del tratamiento, se han vinculado como condiciones para mejorar la satisfacción del paciente (11, 40,41).

2.2.3 Utilidad de la satisfacción del paciente:

Actualmente, en Estados Unidos, Canadá y Europa, el modelo de satisfacción usuaria está desempeñando un papel cada vez más importante en la calidad de las reformas y prestaciones sanitarias en general. Este consiste en la aplicación de instrumentos que pueden analizar, sistematizar e identificar los elementos mejor y peor valorados por los pacientes (8).

Los beneficios del modelo están dirigidos, principalmente, a evaluar las políticas públicas y las intervenciones realizadas en los diversos servicios de salud, ya que proporciona información sobre la calidad percibida y con ello facilita la información a profesionales, gestores y administradores sobre aquellos aspectos de la organización percibidos como insatisfactorios y que son posibles de mejorar (34,42).

A su vez, la aplicación de instrumentos permite recoger la autocrítica de las personas involucradas en este proceso, lo que permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas (10, 12,43). Frente a esto, investigadores señalan que hay una relación directamente proporcional entre una satisfacción positiva y la imagen de calidad hospitalaria (5), lo que se traduce en un criterio de acreditación, como se indica en la segunda edición de las directrices de acreditación de procedimientos en Francia, estableciendo que, para evaluar la capacidad de los establecimientos de salud, es preciso adaptar su organización a las expectativas y necesidades de los pacientes (44).

Algunos estudios han encontrado que una alta satisfacción en el paciente produce ciertos efectos en las conductas de éste, como por ejemplo, el cumplimiento de las recomendaciones médicas y de enfermería, adherencia al tratamiento farmacológico y terapéutico, es decir, colabora y participa de mejor forma en su salud (30, 34, 36,37).

No obstante, últimamente se ha señalado que la satisfacción del paciente es difícil de distinguir de los conceptos relacionados, tales como "calidad de vida", "felicidad" y "alegría", por lo tanto es fácilmente influenciado por factores no relacionados con la atención en salud, propiamente tal, por lo que no es un fiel reflejo de la calidad (14).

2.3 PATIENT EXPERIENCE

El nuevo modelo de atención de salud en Chile, hace indispensable realizar la valoración de la satisfacción usuaria, ya que se busca mejorar la calidad de los servicios y desarrollarlos acorde a las expectativas de los usuarios con el fin de lograr su satisfacción (17).

Actualmente, Chile utiliza la encuesta de satisfacción usuaria y es aplicada por ADIMARK GfK (Organización en investigación de mercado y opinión pública). Los resultados de 2011, aplicados en la atención pública del país, indican que 70% de los encuestados de FONASA e ISAPRE, califica con nota mayor a 6,0 y sobre el 80% determina que se han cumplido sus expectativas de atención de salud, donde las razones de no cumplimiento se deben a la lentitud de la atención, falta de resolución a sus problemas y los altos costos de los servicios. Y a su vez, éstas se ven influenciadas por el momento en que se aplica la encuesta, ya que, una persona que se entrevista antes de ser atendido, tiende a disminuir su calificación en cuanto a otra que ya fue atendido y está pronto a retirarse. Es decir, dan a conocer que la población está satisfecha de los servicios recibidos pero carecen de datos detallados y significativos para la implementación de herramientas de mejora y así contribuir a la calidad de atención (18).

Por otro lado, autores dan a conocer las falencias que posee el método de satisfacción usuaria, que a pesar de la eficacia que defiende Donabedian al expresar que la satisfacción está en función de un proceso previo consistente en base a valores y expectativas de los pacientes, otros como McCauley y Salter (9), indican que resulta difícil evaluar la satisfacción, por la metodología que se utiliza para recolectar los datos, ya que se puede influir en la respuesta de los encuestados y por otro lado, generar temor a repercusiones en el acceso a los diferentes servicios de salud (9).

La satisfacción se origina a consecuencia de la experiencia emocional y cognitiva durante el proceso de consumo o de la atención de salud, es decir, el paciente realiza una evaluación posterior a la atención, el cual es susceptible de cambiar en cada consulta y momento. Este carácter esporádico, genera que la satisfacción, al ser medida en situaciones puntuales en que el paciente lo ha catalogado como desfavorables, desencadena resultados en la encuesta que no necesariamente están relacionados con la calidad percibida (38). Estas falencias, adicionando la ausencia de una sólida base conceptual y de una herramienta de medición constante (8), problemas en el método de aplicación, la subjetividad y lo transitorio de la satisfacción, han llevado al desarrollo de estudios que se centran exclusivamente en la experiencia del paciente (10-13).

Las experiencias de los pacientes proporcionan una información significativa sobre la atención recibida desde su propia perspectiva, y han sido utilizadas por muchos años en los hospitales para mejorar la calidad, evaluando la eficacia, eficiencia y seguridad de la atención. Esto surge a partir de la creciente demanda de atención centrada en el paciente, para fomentar la transparencia y la rendición de cuentas públicas en salud (6).

En efecto, en varios países europeos, se comenzó a elaborar las encuestas de Patient Experience, siendo parte de un programa sistemático de trabajo que se realiza a intervalos regulares; este es el caso de países como Dinamarca, Noruega, Inglaterra y Holanda que forman parte de la OCDE. En países externos de Europa, la evaluación sistemática se lleva a cabo en Canadá y algunos estados de EE.UU (7).

En EE.UU. e Inglaterra, se encuentra la mayor práctica de medir las experiencias de los pacientes a través de instrumentos como Consumer Assessment of Health care Providers and Systems (CAHPS) (7,15,45) y el Picker Patient Experience Questionnaire- 15 (PPE-15) (46). Estas últimas encuestas mencionadas, fueron la base para crear el Índice de Calidad del Consumidor en los Países Bajos y Patient Experience Questionnaire-33 (PEE-33) en España (47). En el año 2006 el Ministerio Holandés de Sanidad, Bienestar y Deportes desarrolló un programa nacional llamado Índice de Calidad del Consumidor (CQ-Index), basado en el cuestionario CAHPS y Consumer Quality Index Cataract Questionnaire, Holandés (QUOTE) el cual a diferencia del primero no solo mide las experiencias de los pacientes, sino que también se centra en la trascendencia que estos atribuyen a los diferentes aspectos de la calidad de la atención (48).

La utilización de estas encuestas varían en su propósito: describir el cuidado de la salud desde el punto de vista del paciente, medir el proceso de atención, identificar las áreas problemáticas y evaluar los resultados de la atención (49). Esto también puede diferir entre los diversos países, que va desde rendición de cuentas externas de los proveedores de salud para

mejorar la elección de los pacientes o medir el rendimiento del sistema en su conjunto. Por ejemplo, para el Instituto Picker, perteneciente al National Health System (NHS) inglés, tiene por objetivo proporcionar información para la rendición de cuentas externas y elección del usuario, y al mismo tiempo, esta información es utilizada por los proveedores para mejorar la calidad por medio de las "Guías de Mejoramiento" que ofrece el mismo Instituto (7,15).

Se propone un enfoque alternativo respecto a este tema, el cual consiste en pedir a los pacientes que para evaluar sus experiencias en salud, incluyan temas como comunicación, información, participación de la familia y la organización de la atención, para que de ésta forma los datos que se obtengan sean mucho más objetivos y específicos (43,50-53).

Cabe destacar, que para el desarrollo de estas encuestas es necesario involucrar a los pacientes en el desarrollo de los instrumentos con el fin de asegurar que los aspectos más relevantes de la experiencia de atención médica sean incluidos (15).

En octubre de 2011 el NHS, específicamente el National Quality Board (NQB) de Inglaterra, determinó las áreas más importantes de la experiencia del paciente, las que están basadas en una investigación publicada por el King's Fund and King's College London y en una versión modificada del Instituto Picker donde se sugiere aplicar un único marco genérico para el Patient Experience, siempre teniendo en consideración las características de la población a la cual se dirige, su demografía y medio ambiente (54). Las áreas son (15):

- Respeto al paciente, a sus preferencias, necesidades y cultura, incorporando temas como dignidad, privacidad, autovalencia y toma de decisiones.
- Coordinación e integración del cuidado a través de un sistema de atención de salud y social.
- Información, comunicación y educación respecto al estado clínico, a fin de facilitar autonomía, autocuidado y promoción en salud.
- Entorno físico: manejo del dolor, aseo y confort.
- Apoyo emocional hacia el paciente y su familia.
- Inclusión de la familia o cuidadores en la atención.
- Información necesaria para el autocuidado del paciente fuera del entorno clínico.
- Acceso a la atención.

Distintos autores señalan que las encuestas Patient Experience proporcionan medidas sólidas en temas de calidad y reflejan sus experiencias interpersonales de atención, como por ejemplo la comunicación paciente-proveedor, representando solo una dimensión de calidad. Por otro lado, manifiestan incertidumbre con respecto a que la experiencia del paciente podría ser confundida por factores que no se encuentran directamente relacionados con la calidad de los procesos, como el estado de salud personal por sobre los cuidados que ha recibido (14).

Sin embargo, se ha demostrado que las encuestas Patient Experience son útiles para medir la calidad en salud, debido a que complementan las encuestas de satisfacción, ya que incorporan información más concreta y específica que se genera durante la atención recibida por parte del paciente (10,11,36,50,51).

Consecuentemente, dada la creciente demanda de mejorar y medir la calidad de atención por medio de instrumentos capaces de entregar información suficiente para la creación de nuevas y eficaces estrategias; se ha hecho necesaria la incorporación de un nuevo enfoque, que contemple la experiencia del paciente. Es por esto, que el modelo Patient Experience puede ser una herramienta útil para Chile y se requiere avanzar en la validación de un instrumento para su evaluación. Esto justifica la realización de esta tesis.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Adaptar y validar el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33, al contexto nacional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Ajustar transculturalmente el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33, a través del grupo de expertos y focales.

3.2.2 Evaluar la estructura y el contenido del instrumento PickerPatientExperienceQuestionnaire-33, a través el análisis de grupo de expertos y focales.

3.2.3 Modificar el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33, según lo acotado por el grupo de expertos y focales.

4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio está basado en la metodología de validación de escalas, específicamente de apariencia, del instrumento PEE-33.

Una escala se entiende como un conjunto de ítems o valores que puede tomar una variable de forma organizada (55,56). A su vez, la validez o exactitud de ésta se delimita al "*grado de confianza que podemos tener de la medición, y que corresponda a la realidad del fenómeno que se está midiendo*", es decir, que sea reproducible. Tradicionalmente, se clasifican en apariencia, contenido, criterio y constructo (55,57,58).

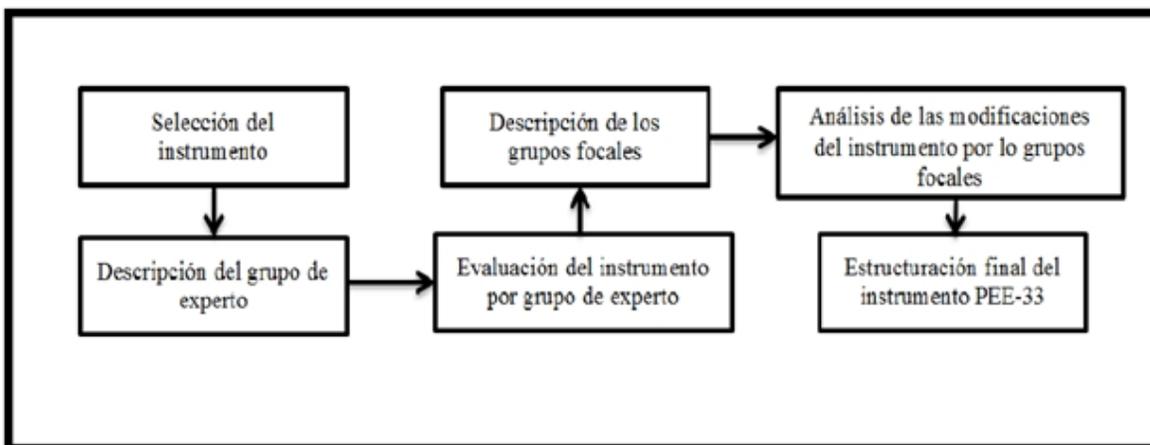
La validez de escala que se utilizó fue de apariencia o aparente, la cual tiene por objetivo responder a la siguiente interrogante ¿la escala parece medir lo que debe medir? por ende, no es un concepto estadístico (55,59) y apunta, por tanto, si la muestra de preguntas del instrumento representa el fenómeno bajo estudio (57).

Según la evidencia, para llevar a cabo la validación de una escala es necesario iniciar con la traducción de ésta, siempre y cuando el original esté en otro idioma. Posteriormente, se efectúan pruebas preliminares con la finalidad de realizar modificaciones en la estructura y utilidad de la escala, por medio de grupos de pacientes. Y por último, se desarrollan pruebas para su validez, a través de grupos de jueces o expertos y luego aplicados a pacientes quienes serán los encargados de analizar y determinar si ésta cumple con lo propuesto (El ajuste o adaptación del instrumento debe tener la precaución de mantener las características psicométricas (57,58,60).

Esta tesis se orientó a la adaptación transcultural ya que el instrumento disponible está en español. El instrumento escogido fue el PEE-33 validado en la población española (47). Este cuestionario deriva del instrumento PEE-15 procedente de Inglaterra.

El cuestionario español se caracteriza por adicionar nuevas dimensiones relevantes en salud, tales como calidad y contenido de información, continuidad del cuidado, participación en la toma de decisiones, inclusión de la familia en el proceso asistencial y manejo del dolor (anexo 1) (46,47,61). Para ello, se solicitó autorización vía electrónica a uno de los autores del estudio de validación del instrumento en España.

Figura1. Etapas desarrolladas durante esta tesis:



4.2 RECOGIDA DE DATOS

Las etapas del estudio comprendieron trabajo con grupo de expertos y el desarrollo de dos grupos focales. La técnica de grupo o panel de expertos se entiende por un grupo de especialistas independientes y formados por al menos uno de los campos concernientes al tema a evaluar, los cuales deben emitir un juicio colectivo y consensuado sobre el tema en particular, quienes evalúan a través de una pauta prediseñada si los contenidos de un instrumento son pertinentes y adecuados para ser aplicado a un contexto específico (62,63).

El grupo de expertos estuvo conformado por seis profesionales del área de salud con formación y experiencia en calidad asistencial y ejercen en el Hospital Base Valdivia (HBV). Se accedió a ellos a través de cartas e invitaciones presenciales al estamento médico y de enfermería, jefes y clínicos, de cada uno de los subdepartamentos de hospitalización adulto. Posteriormente, en el día asignado, se reunió a los profesionales confirmados y disponibles para la discusión a desarrollar en la sala de reuniones designada para el estudio.

El grupo de expertos se conformó por:

- Un médico del Subdepartamento de Cirugía Adulto (E1).
- Una enfermera del Departamento de Gestión del Cuidado de Enfermería (E2).
- Enfermera jefe del Subdepartamento de Oncología (E3).
- Enfermera clínica del Subdepartamento de Medicina Adulto (E4).
- Dos enfermeros clínicos del Subdepartamento de Traumatología y Ortopedia (E5 y E6).

Por otra parte, se conformó dos grupos focales de pacientes hospitalizados en servicios de adultos. El focus group o grupo focal es una técnica específica de la investigación-acción participativa orientada a la obtención de información cualitativa por medio de entrevistas grupales. Consiste en la discusión de un conjunto de personas representativas, en calidad de informante, organizadas por temáticas y guiadas por un moderador o el propio investigador, quien además de seleccionarlos en un mismo espacio y tiempo acotado, coordina sus procesos de interacción y elaboración de acuerdos (64), para luego comparar y contrastar los datos obtenidos por los diferentes grupos (65). Esta técnica permite la exploración y profundización de la discusión y el debate sobre el tema en cuestión (41, 66) en un ambiente más natural que las entrevistas individuales, ya que el participante influencia y es influenciado por otros, tal como en la vida real (59,66,67).

Para su efectiva aplicación, el investigador debe exponer una serie de preguntas abiertas y simples, capaces de estimular a los participantes a explorar hechos de importancia para el estudio (64, 65). Además, es necesario que los participantes se sientan cómodos, libres y respetados para poder emitir sus opiniones en libre expresión sin temor a ser juzgados (65).

Se conformaron dos grupos homogéneos (68), cada uno compuesto por siete pacientes heterogéneos entre sí, según los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: hombre o mujer entre 18 y 69 años, alfabeto, en alta médica y que tenga al menos una hospitalización igual o mayor a cinco días en el HBV durante el último año. Se anticiparon como criterios de exclusión: Discapacidad neurosensorial, es decir, limitaciones del sistema auditivo, visual y neurológico, que no permitan analizar adecuadamente el instrumento. Déficit cognitivo que genere dificultad y/o incapacidad para comprender los ítems de la escala. Patología psiquiátrica diagnosticada (trastornos del ánimo y de ansiedad, psicosis, esquizofrenia, etc.).

El proceso de selección de participantes se realizó en los subdepartamentos de Medicina, Cirugía, Ortopedia y Traumatología, Neurología y Neurocirugía, Ginecología y Oncología, por medio de invitaciones presenciales donde se explicó el estudio en general y las condiciones de participación; por lo tanto, las personas que firmaron el consentimiento informado formaron parte de los grupos focales. Al momento de contar con al menos cinco pacientes, se solicitó autorización de las enfermeras clínicas para retirarlos de las salas de hospitalización, mientras se realizaba el trámite de alta médica. Posteriormente, los pacientes se trasladaron de forma ambulatoria hasta la sala de reuniones asignada.

Los pacientes se caracterizaron por una edad media de 42,4 años, oscilando entre 20 y 60 años, de ambos sexos y de nivel educativo variado, aunque 10 (71%) tenían al menos ocho años de estudios (tabla 1). El primer grupo focal duró 45 minutos, mientras que el segundo fue de 90 minutos, ambos grabados auditivamente por un dispositivo electrónico a cargo de una de las investigadoras.

Tabla 1. Características de participantes en grupos focales

Grupo	Informante	Sexo	Edad	Servicio de hospitalización	Escolaridad
1	E 1	Masculino	23	Cirugía	Universitaria Completa
1	E 2	Masculino	20	Cirugía	Media Incompleta
1	E 3	Masculino	54	Cirugía	Media Completa
1	E 4	Masculino	46	Medicina	Básica Completa
1	E 5	Femenino	22	Ginecología	Media Completa
1	E 6	Femenino	50	Medicina	Básica Completa
1	E 7	Masculino	60	Cirugía	Superior Técnica Completa
2	E 1	Masculino	45	Cirugía	Media Completa
2	E 2	Masculino	60	Cirugía	Básica Completa
2	E 3	Femenino	26	Cirugía	Universitaria Completa
2	E 4	Femenino	44	Cirugía	Media Completa
2	E 5	Femenino	60	Medicina	Básica Completa
2	E 6	Femenino	28	Ginecología	Básica Completa
2	E 7	Masculino	56	Medicina	Básica Completa

4.3 ANÁLISIS.

El trabajo con grupo de expertos finalizó por medio de la expresión verbal de un juicio determinante y consensado por todos los participantes luego de lo cual se estructuró el instrumento para ser evaluado con grupos focales.

El análisis de los grupos focales se efectuó a través de la metodología cualitativa (análisis de contenido) donde toda la información recopilada fue ordenada sistemáticamente, interpretada y sintetizada según cada uno de los objetivos planteados en esta tesis.

Las etapas efectuadas fueron las siguientes (64):

- a. Revisión de la información obtenida en cada grupo focal a través de transcripciones de las grabaciones auditivas.
- b. Identificación de los puntos de conflicto, según frecuencia, intensidad de aprobación y contraposición de los elementos en discusión, para luego agruparlos por categorías.
- c. Sistematización y consolidación de los hallazgos, determinando las posibles diferencias entre sí según variables muestrales y/o aspectos de confluencia.
- d. Respaldo las fortalezas y debilidades identificadas por medio de testimonios textuales.

Posterior a la recopilación y análisis de los datos se realizó la estructuración final del instrumento.

4.4 RIGOR METODOLÓGICO EN LA INVESTIGACIÓN

Los criterios empleados en un estudio cualitativo son dependencia, credibilidad, auditabilidad y transferibilidad (69,70). Para cumplir con estos criterios se generó coherencia entre el tema de investigación y método de recolección y análisis de datos con la finalidad que otros investigadores puedan obtener resultados equivalentes respecto al mismo objeto de estudio. Para el criterio de credibilidad, las entrevistas fueron transcritas fielmente del testimonio de los participantes, respaldadas por material auditivo (digital), con el objetivo de que los datos sean reconocidos por los informantes en cualquier momento que deseen. A su vez, para lograr la auditabilidad, se describió de forma completa el proceso de selección, dándose a conocer las características del contexto, sociales e interpersonales de los participantes, otorgando la posibilidad de transferir el estudio.

4.5 RIGOR ÉTICO EN LA INVESTIGACIÓN

La investigación cualitativa tiene como foco principal la percepción del individuo, es por esta razón que el rigor ético y metodológico es importante, desde el punto de vista del participante, pues le otorgan protección y seguridad al velar por sus derechos de autonomía y dignidad (71,72).

En primera instancia, lo ético se manifiesta en toda investigación que produce conocimientos capaces de generar oportunidades de mejora o solución a problemas (73). En este caso se crea la disponibilidad de un nuevo instrumento para evaluar la calidad de atención en los servicios de hospitalización chilenos.

La validez científica se demuestra por la coherencia en el método a utilizar y la selección equitativa de participantes. Esto último tiene relación con los principios éticos en la investigación con seres humanos dados a conocer en el informe Belmont (1979), donde la justicia apela a la equidad y obtención de beneficios con el estudio.

Por otro lado, de acuerdo con el principio de beneficencia (73), el estudio no generó en los participantes beneficios ni riesgos directos, lo que se dio a conocer en el consentimiento informado, respetando la autonomía de todos los participantes (anexo 2).

El consentimiento fue informado y comprendido por los informantes, siendo compatible con sus valores, intereses y preferencias. Este contiene la finalidad del estudio, los beneficios y posibles riesgos y condiciones de participación, en las cuales se explicita la posibilidad de retirarse sin sanción, respetando en todo momento su autonomía y la confidencialidad (73).

Por consiguiente esta tesis fue revisada por profesionales externos, capacitados y apropiados para corregir, aprobar o por el contrario, suspender el estudio, pertenecientes al Comité Ética de Investigación del Servicio Salud de Valdivia (Ord. N° 177, 05 septiembre 2013, anexo 3) y aprobado por la Unidad de Jurídica del HBV (Resolución Exenta N°004393, 23 agosto 2013, anexo 4).

5. RESULTADOS

En primera instancia, el grupo de expertos concluyó que el instrumento PEE-33 puede ser aplicado a la realidad local, debido a la incorporación de varios temas relacionados con la atención de calidad que recibe o debiera recibir un paciente hospitalizado chileno. Frente a ello, los profesionales mencionan:

"(...) son bastantes adecuadas las preguntas, ninguna esta demás, solo cambiar algunas palabras" (E5GE).*

Los expertos consideraron que era necesario modificar el lenguaje, mencionando que:

"Los pacientes son más tradicionales y simples (...)"(E1GE).

"(...) existen frases traducidas literalmente desde el inglés, además de la marcada cultura española con respecto a la contextualización y estructura de ciertas preguntas (E2GE).

Consecuentemente, los expertos recomendaron modificar los enunciados 1 y 2 y los ítems 2, 3, 6, 13, 27 y 28 (tabla 2).

Otras opiniones de los expertos respecto al contenido y estructura del instrumento fueron:

"Derechos y deberes de los pacientes, deben ser una obligación informarlo"..."es necesario que quede claro desde un principio" (E4GE)

Los ítems relacionados con la información que debiera recibir el paciente en cuanto a su enfermedad, medicamentos, exámenes y tratamiento consideraron que era la mínima obligación del equipo de salud el permitirle conocer al propio paciente sobre su proceso salud/enfermedad y asimismo:

"Es bueno saber, qué tan bien están informados... (o sea) su nivel de comprensión" (E6GE).

"(...) es bueno para el servicio dividir por estamento, para evaluar la atención de cada uno y de esa forma poder intervenir de mejor forma" (E2GE).

* E identifica al experto. GE especifica al grupo de expertos

Con respecto a situaciones donde el equipo de salud habla y comenta entre sí sobre la hospitalización de un determinado paciente opinaron:

"(...) es una situación súper común de ver, aunque eso no debiera ocurrir... es por eso que se hace necesario darlo a conocer para cambiar esas prácticas" (E3GE).

Tabla 2. Adaptación de enunciados e ítems posterior al grupo de experto.

Enunciado o ítem	Original	Adaptado
Enunciado 1	Durante su ingreso en el hospital, ¿algún profesional sanitario le informó sobre algunas de estas cuestiones?	Durante su ingreso en el hospital, ¿algún <u>profesional de la salud</u> le informó sobre estos <u>temas</u> ?
Ítem 2	Su derecho a rechazar tratamiento o prueba:	Su derecho a rechazar tratamiento o <u>examen</u> :
Ítem 3	Su derecho a conocer lo que está en su historia clínica:	Su derecho a conocer lo que está en su <u>ficha clínica</u> :
Enunciado 2	Durante su ingreso en el hospital, ¿algún profesional sanitario le explicó lo que usted quiso saber las siguientes cuestiones?	Durante su ingreso en el hospital, ¿algún <u>profesional de la salud</u> le explicó lo que usted quiso saber de los siguientes <u>temas</u> ?
Ítem 6	Sobre el riesgo de las pruebas diagnósticas:	Sobre el riesgo de los <u>exámenes</u> :
Ítem 13	¿Durante su ingreso le hicieron firmar algún papel de consentimiento para una operación o prueba?	¿Durante su ingreso le hicieron firmar algún papel de consentimiento para una operación o <u>examen</u> ?
Ítem 27	Cuando los médicos le explicaron cosas de su enfermedad, trataron de evitar que los demás enfermos pudieran oírlo (por ejemplo, le hablaron en voz baja, corrieron la cortina de separación).	Cuando los médicos le explicaron cosas de su enfermedad, trataron de evitar que los demás enfermos pudieran oírlo (por ejemplo, le hablaron en voz baja o <u>en privado</u>).
Ítem 28	¿Los profesionales trataron de proteger su intimidad cuando estuvo ingresado/a en el hospital? (por ejemplo cuando le hicieron exploraciones, lo asearon, tuvo que hacer sus necesidades o le cambiaron la ropa).	¿Los profesionales trataron de proteger su intimidad cuando estuvo ingresado/a en el hospital? (por ejemplo, <u>cuando lo examinaron, bañaron</u> , tuvo que hacer sus necesidades o le cambiaron la ropa).

Además, algunos informantes opinaron que podría incorporarse un ítem más al tercer enunciado, sobre la comprensión de la información entregada por el estamento médico y de enfermería, aludiéndose específicamente al técnico de enfermería. No obstante, esto no fue consensuado decidiéndose mantener la estructura original, argumentándose que el técnico paramédico forma parte del equipo de enfermería.

Con respecto a las alternativas de respuesta de los ítems 13, 24 y 29 que indicaban lo siguiente: "si usted no ha vivido X situación, pasar al ítem Y", los expertos señalaron que era un elemento confuso, poco útil, que pudiese influir en la continuidad de información que aporta el paciente por lo que se consensuó la eliminación de ese tipo de respuestas. Por ejemplo, la alternativa del ítem 13: "No. Porque no me hicieron ninguna operación o prueba. Pasar al ítem 22", consideraron:

"(...) no corresponde, porque se salta el tema del consentimiento informado presentado en el ítem 16 y 17, lo cual es muy importante en una atención de calidad y está incorporado además, como un derecho del paciente" (E2GE).

En relación a la respuesta en sigla "NS/NC", que hacía referencia a "no sabe/ no contesta", se determinó que era de dudosa comprensión por lo que se decidió exponerlo de forma explícita dejando sólo una opción, es decir "no sé" y además, adaptado a la interrogante, y siendo eliminada en los ítems: 4-10, 12-28.

Por último, con respecto al momento de aplicar la encuesta señalaron que debería ser previo al alta médica y administrativa, ya que el instrumento está diseñado para que el paciente analice de forma retrospectiva su hospitalización, comentando:

"(...) ya que en el momento preciso del alta el paciente lo único que quiere es irse... y hay que tener en consideración que el instrumento no es de tan corta duración, por lo que puede que en ese momento lo podrían contestar sin reflexionar y perdería su validez (...)" (E5GE).

"(...) además de que cuando los pacientes se retiran del hospital, se van todos contentos, pero después en su hogar no se acuerdan de lo mal que lo pasaron" (E2GE).

Asimismo, añadieron que previo a la aplicación, sería útil que los estamentos médicos y de enfermería se identificaran de forma verbal al paciente, para disminuir los posibles errores en la identificación de roles de los estamentos, como por ejemplo:

"(...) los adultos mayores se pueden confundir más fácilmente, por las ropas que se ocupan como azul,

celeste... y la idea es hacer los resultados lo más limpio posible" (E5GE).

También comentaron que la persona ideal para aplicar esta encuesta debe ser alguien externo a la atención directa del paciente, para que no existan presiones ni sesgos y, principalmente, que el usuario pueda sentirse libre de expresar su opinión sin temor a ser juzgado, ni tampoco a que pudiera influir en la calidad de una futura prestación hospitalaria.

Producto de las modificaciones y comentarios emitidos por el grupo de expertos se generó un nuevo instrumento, el cual fue presentado y analizado por dos grupos focales de pacientes.

Grupo focal uno:

Respecto al primer enunciado los pacientes afirmaron que:

"O sea, es importante la entrega de información con respecto a tu hospitalización, pero es difícil que al ingreso estés atento a lo que te están diciendo"... "todo depende de la gravedad y de la situación en la que te estés...pero es importante conocerla y que lo sepan tus familiares"(P2).†

"La carta de derechos y deberes de los pacientes es importante que los profesionales consideren tener que explicarlas verbalmente, porque hay personas que no leen, entonces los afiches de los derechos y deberes de los pacientes no sirven...deben hacer algo más" (P7).

"(...) por eso es que resulta útil el cuestionario, así también uno sabe de las cosas que debieron haberte dicho y que no lo hicieron" (P1).

"(...) queda bien en claro a lo que se refieren las preguntas y como uno tiene que ir respondiendo" (P6).

Según los participantes, las preguntas diferenciadas por estamento médico y de enfermería son importantes de valorar debido a las funciones y tiempos de cada uno. A su vez, indican lo esencial de mantenerse en contacto directo con los dos estamentos, como por ejemplo, en el ítem 19: ¿le fue fácil localizar a su médico para que le explicara sus dudas? a lo que comentaron desde su propia experiencia:

† P identifica al paciente.

Me fue difícil localizarlo, porque no sabía quién era mi médico, vi tantas personas que me examinaban y que hablaban de mí, pero no sabía cuál era mi médico tratante en realidad (...)" (P2).

En relación al instrumento en general y al cuarto enunciado, estimaron que los ítems eran relevantes de evaluar, pese a que mencionaron ser situaciones cotidianas anteriormente no se las habían preguntado, generando un sentimiento positivo en los pacientes; y a su vez, en el ítem 25 ¿Algún profesional le explicó los posibles efectos secundarios de la medicación que debía tener en cuenta? exponiendo:

"(...) es súper necesario, porque un paciente puede tomar un remedio, se marear y se asusta, pero si le informan antes lo que le podía suceder, va a estar más tranquilo y así no consulta todo después... porque después te dicen que uno es alaraco o exagerado pero eso es porque uno no sabe... y uno no tiene porque saberlo antes" (P2).

Se realizaron modificaciones en las respuestas de las siguientes interrogantes:

- Ítem 15 la respuesta "No", incluir ¿por qué? (justificación escrita) ya que determinaron que era necesario ser más específico y concreto.
- Ítem 30 la respuesta "No", agregar ¿Quién? debido a que consideraron de mayor utilidad el especificar el estamento involucrado, otorgando mayor responsabilidad y efectividad al momento de realizar mejoras.

Respecto al ítem 22: Y usted, ¿a quién hubiera preferido que informaran en primer lugar?, los asistentes ajustaron que era preferible eliminarla, expresando:

"Está demás... si yo estoy en el hospital quiero que me informen en primer lugar que me está pasando (...)" (P3)

"(...) debería haber una regla que primero el paciente y que, dependiendo de la gravedad, pase a los familiares" (P1).

Coincidieron con el grupo de expertos en que el momento más adecuado para aplicar el instrumento sería el día del alta, durante el trámite administrativo por:

"(...) tener la información más fresca... la persona está más tranquila y es capaz de pensar en todo lo que pasó (...)" (P4).

Por último, los pacientes se expresaron con respecto al momento de aplicación del instrumento:

"En el primer control después de la hospitalización no sería un buen momento porque no todos vienen y así se perdería el objetivo del instrumento... y no todos se acuerdan bien"... y se debe aplicar solo al paciente, porque hay padres que son sobreprotectores o familiares que ven cosas malas en donde no las hay" (P2).

Grupo focal dos:

El ítem 10 "A veces en el hospital, un médico o enfermera pueden decir una cosa y otros decir lo contrario, ¿le ha pasado esto a usted?", como en el 23 "¿los médicos o enfermeras le dieron a su familia, o alguien cercano a usted, la información necesaria para ayudarlo a recuperarse" fueron las más discutidas debido a que muchos pacientes compartían sus experiencias al respecto, tales como:

"(...) es bastante común que el médico indique algo y la enfermera diga otra cosa y al final uno no sabe qué hacer... y termina haciendo lo que mejor entendió"(P2).

"(...) siempre dicen cosas contrarias" (P5).

"(...) no sabía a quién creerle (...)" (P3).

El ítem 18: ¿Los profesionales que le atendieron le animaron a preguntar sobre su enfermedad o cualquier aspecto relacionado? no fue comprendido por la totalidad de los participantes, necesitaron de una explicación verbal extra para poder entender la orientación de la interrogante, por lo que se reformuló de la siguiente manera: ¿los profesionales de la salud le preguntaron si entiende o tiene alguna pregunta sobre su enfermedad o medicamento? siendo avalada de forma unánime por los pacientes.

Al igual que en el grupo focal uno, respecto a los ítems 15 y 30 era necesario incluir su justificación en caso de respuesta negativa.

Sobre el ítem 22 indicaron que era importante señalar los deseos del paciente al momento de entregar información a un familiar, pero se debatió sobre si debía ser eliminada la

interrogante, concluyendo que era de utilidad para el profesional de salud el conocer los reales deseos y consideraciones que tienen los pacientes.

Al finalizar, concordaron que el momento previo al alta sería ideal para la aplicación de la encuesta y señalaron que el instrumento contiene ítemes relevantes y útiles para los profesionales, ya que les permitiría conocer la percepción del paciente.

5.1 ESTRUCTURACIÓN DEL INSTRUMENTO

Para realizar este proceso, se consideraron las acotaciones del grupo de expertos con respecto a los cambios lingüísticos del instrumento y a las respuestas de los ítemes 13, 24 y 29.

El siguiente paso fue analizar los resultados de ambos grupos focales, que de acuerdo a la intensidad y frecuencia de los comentarios emitidos por cada uno de los integrantes y del grupo en general, se incorporaron por su relevancia al instrumento final.

El único ítem que generó controversia fue el 18 ¿Los profesionales que le atendieron le animaron a preguntar sobre su enfermedad o cualquier aspecto relacionado? en el que seis de siete pacientes (85,7%) del grupo focal dos no comprendieron el contenido de la interrogante, por lo que se consensuó reformular de la siguiente forma: ¿los profesionales de la salud le preguntaron si entiende o tiene alguna pregunta sobre su enfermedad y tratamiento?

Por otro lado, el ítem 22: "Y usted, ¿a quién hubiera preferido que informaran en primer lugar?", seis de siete participantes (85,7%) del grupo focal uno consideró su eliminación, debido a que variaba según el momento, y por lo tanto, sería una respuesta generalizada y poco útil, mientras que en el grupo focal dos, el 100% de los asistentes, consideraron que era importante de evaluar ya que de todas formas, se utilizaría para determinar cuál es la opinión del paciente y el cómo dirigir la información hacia él y/o familia. En conclusión, la pregunta se mantuvo en el cuestionario.

Ambos grupos modificaron dos respuestas, en el ítem 15 incluir el porqué de la respuesta "No". Por motivo, que les era necesario agregar una justificación escrita, ya que es común obtener respuesta negativa. Y n°30 la respuesta "No", agregar ¿Quién? Debido a que consideran necesario otorgar responsabilidad. Por lo que se acoge la modificación.

5.2 INSTRUMENTO DEFINITIVO

I. Durante su ingreso al hospital, ¿algún profesional de la salud le informó sobre alguno de estos temas?

1. La Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes:

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto (hasta un límite)
- No
- No sé

2. Su derecho a rechazar tratamientos o exámenes:

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No sé

3. Su derecho a conocer lo que está escrito en su Historia Clínica:

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No sé

II. Durante su ingreso al hospital, ¿algún profesional de la salud le explicó lo que usted quiso saber sobre lo siguiente?

4. Sobre su enfermedad

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No

5. Sobre los efectos del tratamiento

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No

6. Sobre los riesgos de los exámenes

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No

III. Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre la claridad con que le informaron el MEDICO o la ENFERMERA y sobre su deseo de decidir los cuidados que le ofrecieron en el Hospital.

7. Cuando tuvo preguntas que hacer a algún médico, ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de preguntar

8. Cuando tuvo preguntas que hacer a alguna enfermera, ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de preguntar

9. ¿Hubiese querido participar más en las decisiones tomadas sobre sus cuidados y tratamientos?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No

IV. Ahora le voy a hacer dos preguntas sobre las condiciones en que le dieron la información en el Hospital.

10. A veces en el hospital un médico o enfermera pueden decir una cosa y otros decir lo contrario, ¿le ha pasado esto a usted?

- Sí, muy a menudo
- Sí, alguna vez
- No

11. ¿Hablaron los médicos delante de usted como si no estuviera allí?

- Sí, a menudo
- Sí, alguna vez
- No
- No sé

V. Las siguientes preguntas se refieren a empatía o cercanía de los profesionales que le informaron.

12. Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre su estado de salud o su tratamiento, ¿algún médico habló de ese tema con usted?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ninguna preocupación o miedo

13. ¿Durante su ingreso le hicieron firmar algún papel de consentimiento para una operación o examen?

- Sí.
- No.
- No, porque no me hicieron ninguna operación o examen.

14. ¿Algún profesional le ayudó a entender bien el papel de consentimiento?

- Sí
- No
- No necesité ayuda

15. ¿Le pareció que el papel (de consentimiento) era fácil de entender?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No ¿Por qué? _____

16. Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre su estado de salud o tratamiento, ¿alguna enfermera habló de ese tema con usted?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ningún miedo o preocupación

17. ¿Encontró a alguien, del personal del hospital, con quien hablar de sus preocupaciones?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ninguna preocupación

VI. Le voy a hacer 3 preguntas sobre la accesibilidad o facilidad para hablar con los profesionales que lo trataron.

18. ¿Los profesionales de la salud le preguntaron si entiende o tiene alguna pregunta sobre su enfermedad o medicamentos?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No

19. ¿Le fue fácil localizar a su médico para que le explicara sus dudas?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de localizarle

20. Si su familia, o alguien cercano a usted, quiso hablar con el médico, ¿tuvieron oportunidad de hacerlo?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No, totalmente
- No hubo familiares ni amigos
- Mi familia no quiso o necesitó información
- No quise que mis familiares ni amigos hablaran con el médico

VII. Estas dos preguntas son sobre quiénes eran los destinatarios de la información, sobre a quién se dirigía la información

21. Habitualmente, ¿a quién se dirigían primero los médicos cuando daban información sobre su estado de salud?

- A usted
- A su familia
- A ambos a la vez
- Dependía del momento

22. Y usted, ¿a quién hubiera preferido que informaran en primer lugar?

- A usted
- A su familia
- A ambos a la vez
- Depende del momento

VIII. A continuación le voy a hacer una serie de preguntas sobre el momento del alta y la vuelta a casa

23. ¿Los médicos o enfermeras dieron a su familia, o a alguien cercano a usted, la información necesaria para ayudarlo a recuperarse?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No hubo familiares ni amigos
- Mi familia no quiso o necesitó información
- No quise que mis familiares ni amigos hablaran con el médico

24. ¿Algún miembro del personal del hospital le explicó para qué servían los medicamentos que tenía que tomar en casa de manera que usted lo pudiera comprender?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No necesité explicaciones
- No tuve que tomar medicamentos

25. ¿Algún profesional le explicó los posibles efectos secundarios de la medicación que debía tener en cuenta?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No necesité explicaciones

26. ¿Le habló alguien de los posibles signos de alarma, relacionados con su enfermedad o tratamiento, a los que tenía que estar atento cuando volviera a casa?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No

IX. Estas últimas preguntas nos ayudan a conocer algunos aspectos de la calidad de la relación de los profesionales con usted: el respeto a la confidencialidad y a la intimidad, su forma de tratar el dolor y cómo percibió usted el trato que le ofrecieron los profesionales.

27. Cuando los médicos le explicaron cosas de su enfermedad ¿trataron de evitar que los demás enfermos pudieran oírlo (por ejemplo, le hablaron en voz baja o en privado)?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- Estuve ingresado/a en una habitación individual

28. ¿Los profesionales trataron de proteger su intimidad cuando estuvo ingresado/a en el hospital? (Por ejemplo cuando lo examinaron, bañaron, tuvo que hacer sus necesidades o le cambiaron la ropa).

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No fue necesario porque yo podía hacerlo todo solo

29. ¿Sintió usted dolor en algún momento?

- Sí.
- No.
- No sé

30. ¿Cree que el personal del hospital hizo todo lo que pudo para calmar su dolor?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No ¿Quién? _____
- No sé

31. A la hora de darle algún tipo de información sobre su estado de salud, los profesionales ¿lo hicieron en general con delicadeza?

- Sí siempre
- Sí, a veces
- No
- No sé

32. Cuando el médico le informaba sobre el estado de su enfermedad, ¿le dedicaba suficiente tiempo?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No sé

33. En general, ¿se sintió usted tratado con respeto mientras estuvo en el Hospital?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No sé

6. DISCUSIÓN

Esta tesis permitió adaptar y otorgar validez de apariencia y contenido al instrumento PEE-33 a la realidad local, a través de mínimas modificaciones. Por consiguiente, se elaboró una nueva versión de éste.

Para ocupar el PEE es necesario que sea personalizado y dependiente de las características y necesidades de la sociedad a intervenir (74), situación que no disminuye la veracidad del instrumento (46). En esto radica la naturaleza compleja del modelo PatientExperience, que hace referencia a que cada encuesta se estructura según dimensiones, las que son identificadas previamente por los pacientes según relevancia (74).

Tal situación dio frutos positivos en España, creándose el PEE-33 versión española. Aunque en esta tesis se pronosticó que las necesidades percibidas por los pacientes de España y Chile podrían ser diferentes, debido a que el sistema de salud chileno presenta algunas similitudes como también diferencias con el de España (75), los pacientes de Valdivia enfatizaron que todos los ámbitos considerados en el instrumento son necesarios para el contexto nacional. Es decir, a pesar de las diferencias en las condiciones de atención en salud y de cultura, esto no se refleja en los ámbitos claves en la calidad en salud. Por lo tanto, por medio de esta investigación se propicia la disponibilidad de un instrumento completo y actualizado a las demandas de la población chilena y de los países desarrollados del primer mundo como Inglaterra y España.

El equipo de trabajo realizó la adaptación transcultural, debido a las diferencias lingüísticas entre la cultura española y chilena (76). Pese a que en ambos países el idioma es el mismo por motivos de colonización, esto no asegura su total comprensión ya que el lenguaje hablado por los chilenos fue adquiriendo sus propias particularidades con el paso del tiempo, rasgos fonéticos, sintácticos y léxicos, que lo diferencian de otras regiones hispanoamericanas (75,76). Los términos tales como "*profesionales sanitarios, cuestiones, pruebas diagnósticas, historia clínica, lo animaron e hicieron exploraciones*" no son utilizados cotidianamente en el vocabulario chileno, ocasionando errores de interpretación; por lo que, fueron modificados según lo acotado por el grupo de expertos y luego, aceptados y rectificados por los participantes de los grupos focales. De esta manera, se da a conocer la importancia de la adaptación, al conseguir una versión culturalmente adecuada a la población local y equivalente a la versión original, tanto en su contenido, concepto y semántica, dando paso a la validación por apariencia (77, 78).

Entre los temas abordados por el instrumento, se encuentra la información entregada al paciente durante su proceso hospitalario, esto incluye la Carta de Derechos y Deberes, proceso salud/enfermedad, consentimiento informado, cuidados al alta, entre otros. Cabe destacar que en Chile, se promulgó la ley 20.584 que trata sobre la exigencia de derechos y deberes de las personas en salud, la cual entró en vigencia a partir del 1 de octubre de 2012. Artículos como el 10 relatan *"toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar"*, lo cual está presente en el segundo enunciado del cuestionario; por otro lado, el artículo 14 sobre el consentimiento informado, lo que es y lo que implica (79) está incorporado en el enunciado quinto. Es decir, el instrumento contempla exigencias comprendidas en la actual legislación chilena, siendo una herramienta efectiva de fiscalización para el cumplimiento de ésta, colaborando de forma directa al rol de la Superintendencia de Salud (80). De tal manera, el uso del instrumento en Chile permitiría una medición de calidad mucho más específica, que entrega información sustancial sobre la calidad percibida por el paciente, para así poder crear proyectos y herramientas de mejora más específicas, efectivas y eficaces.

La comunicación, empatía, trato y accesibilidad del profesional de salud desde la perspectiva del paciente, son elementos que tanto los expertos como los usuarios, categorizan como temas claves para lograr una atención de mayor calidad y con mayores índices de satisfacción usuaria. Esto ha sido previamente descrito, exponiéndose que la calidad en salud se basa en dos conceptos: la excelencia técnica (relacionada con el juicio clínico) y el realizar adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud (fluidez comunicacional, confianza, respeto, empatía, honestidad y sensibilidad) (81). Adicionalmente, la inclusión de la familia en el cuidado del usuario es uno de los temas más controversiales del último tiempo, lo cual se encuentra respaldado por diversos estudios que manifiestan que la presencia de redes de apoyo influyen de manera significativa en la recuperación del paciente, como también en los beneficios de la proximidad entre equipo de salud y familia (43). Por lo tanto, son acciones que tienen una repercusión positiva en el bienestar del paciente, generando mayor comodidad y satisfacción usuaria, lo que determina la importancia plasmar la opinión del paciente, por lo que se conservaron las interrogantes dirigidas hacia este punto (82).

A su vez, los pacientes y profesionales de salud otorgaron algunas acotaciones que les generaron algún recelo a la hora de evaluar el instrumento; la primera acotación basada en la extensión del instrumento compuesto por 33 ítems. Algunos pacientes lo consideraron "muy largo", lo que generaba desconcentración y ansiedad previo al alta, pero lo refutan al percibir que evalúa aspectos trascendentales de aquel momento hospitalario. Frente a esta limitante, se considera que es posible valorar la alternativa de utilizar el instrumento de forma segmentaria, es decir, por dimensiones, de tal manera se aplicaría de forma parcializada, disminuyendo el

tiempo de aplicación y facilitando su interpretación por el prestador. El segundo comentario fue referido al prototipo de respuestas; el grupo de expertos y los grupos focales, concordaron que el uso de las abreviaturas NC/NS era necesario modificarlo para no generar confusión e incertidumbre al momento de responder. También consideraron que es más cómodo y rápido contestar por medio de selección múltiple, a lo cual solo hay un par de excepciones que requieren respuesta escrita complementaria. Por ejemplo, esta situación se presentó en una interrogante referida al alivio del dolor (lo cual fue incorporado en este instrumento), donde los pacientes requerían nombrar qué experto del área de salud no les ayudó en el proceso de aliviar el dolor, sin embargo, la respuesta presentaba solo dos alternativas posibles: si o no; por lo mismo el equipo de trabajo cree que se debe informar a los pacientes en cuanto a identificación de los profesionales y los roles que cada uno de ellos debe ejercer, para así desvanecer inquietudes y reclamos hacia la atención de calidad para el paciente. Pero también esta orientación al cliente es exigido por las normas de la acreditación de atención cerrada, cumplir este mandato genera valor legal para el PatientExperience.

Por consiguiente, se puede afirmar que, aun cuando se perciben algunos aspectos complejos en su aplicación, el instrumento resultó contemplar temas atingentes, de forma específica, y aportar elementos con mayor objetividad a la evaluación de la calidad, que no posee la encuesta de satisfacción usuaria (83,84), aunque esta última incluya aspectos como trato y empatía con los pacientes, identificación de los profesionales y las condiciones en que se informa a los pacientes y sus familiares.

Por otro lado, respecto a las respuestas del instrumento PatientExperience se concluyó que son comprensibles, acotadas y precisas, de tal manera que los integrantes de los grupos focales lograron simular una respuesta sin requerir explicaciones adicionales; en contraste con la actual encuesta utilizada en Chile, que se expresa por medio de calificaciones desde uno a siete, donde uno es insatisfecho y siete satisfecho (43); sin embargo ¿qué sucede con los otros números? ¿esta clase de respuesta logra recopilar la información suficiente para la creación de nuevas estrategias eficientes y eficaces para conseguir un real avance en la calidad de atención en salud?

En todo el proceso de estudio, se presentaron principalmente dos limitaciones; la primera de ellas causada a raíz de las dificultades para participar de los pacientes, recién dados de alta. Algunos motivos como el poco tiempo disponible con el que contaban, y la ansiedad de volver a su hogar luego del alta, limitaron su participación en los grupos focales. De esta forma, si bien se intentó incorporar pacientes de diferentes unidades clínicas, no fue posible disponer de la representación de usuarios de todas ellas.

En cuanto a la segunda limitación, estuvo dada por los profesionales de la salud. Cabe recalcar el interés por parte de éstos en participar del grupo de expertos pero limitados por los

tiempos que les demandaban el resto de sus actividades laborales, por lo tanto, reunir a los expertos hacia un horario disponible en común, se convirtió en una ardua tarea para el equipo de trabajo.

Aun con las limitaciones comentadas, se determinó que el instrumento PPE-33 es un medio propicio para medir la calidad en salud según la realidad local, dado que, se caracteriza por ser coherente, comprensible, flexible y de secuencia lógica. El instrumento es capaz de recolectar información sobre la calidad, de manera precisa, demostrando que cumple con los requisitos para obtener la validación por apariencia, dando paso a su futura aplicación en los diversos prestadores en salud de atención cerrada.

7. CONCLUSIONES

Con el pasar de los años la calidad en salud, ha ido recobrando mayor importancia, debido a la alta demanda ejercida por los pacientes, que cada vez son más partícipes y exigentes de sus derechos y en el cuidado de su salud. Por esto, es necesario utilizar instrumentos más específicos, que recopilen información atinente y útil, desde la percepción del usuario, respecto a la valoración que ellos otorgan a la atención recibida por un prestador de servicios de salud.

Por consiguiente, el instrumento Patient Experience fue validado cualitativamente, concluyéndose que es útil, coherente, de secuencia lógica y atinente a las actuales demandas de calidad en el país, que posee nuevas temáticas y elementos que según la evidencia, han demostrado ser claves para lograr una mayor satisfacción en el paciente. Este instrumento ha sido utilizado tanto en las investigaciones a nivel internacional (países de Europa y Norteamérica), y ahora se presenta la oportunidad de ser aplicado a nivel local.

Contar con este instrumento repercute en el equipo de salud al permitir una retroalimentación mucho más eficaz y específica por parte de los pacientes, respecto a su desempeño. Hay interrogantes, que hacen distinción por estamento y que por ende, facilita identificar debilidades de forma más particular.

Para la Gestión del Cuidado de Enfermería, ayuda a analizar y describir las necesidades sentidas por los pacientes para lograr un bienestar biopsicosocial durante su estadía hospitalaria, generando a su vez, un reordenamiento en la priorización de cuidados entregados para una atención de mayor calidad e integral.

8. REFERENCIAS

1. Bastías G, Valdivia G. Reforma de Salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución. Boletín Informativo de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007; 32: 51-58.
2. Superintendencia de Salud. Acreditación de hospitales y clínicas permitirá otorgar una atención de salud más segura. Gobierno de Chile. 2011.
3. Organización Panamericana de Salud. Aspectos Clínicos de la Atención a los Adultos Mayores. Manual de Educación Gerontológica para el Personal de Atención Primaria de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS: Washington D.C. 2001.
4. Department of Health and Human Services U.S.A Report to congress: National Strategy for Quality Improvement in Health Care. 2011: 1-26.
5. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Mil bank Memorial Fund Quarterly. 1966; 44(3): 166-203.
6. Ollivier L, Apiou F, Leclère J, Asselain B, Brédart, Neuenschwander S. Patient experiences and preferences: development of practice guidelines in cancer imaging department. CancerImaging. 2009: 92-97.
7. Delnoij D. Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England. European Journal of Public Health. 2009; 19(4): 354-356.
8. Bleich S, Murray C, Özaltin E. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? Bull World Health Organ. 2009; 87(4): 271-278.
9. Velandía F, Ardón N, Jara MI. Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos. Rev. Gerenc. Polit. Salud: Bogotá. 2007; 6(13): 139-168.
10. Frich J. Pasienterserfaringer - tilnytte? TidsskrNorLegeforen. 2012 Mar 5; 132: 507.
11. Berné C, Múgica J, Riveros J. Gestión y satisfacción en servicios de salud de Chile: Contraste entre las percepciones de los funcionarios y los usuarios. Rev Méd Chile. 2010; 138(5): 630-638.
12. Hidalgo C, Oliva C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial en la Atención Primaria. PSYKHE. 2004; 13(2): 173-186.

13. Mockford C, Staniszewska S, Griffiths F, Herron-Marx S. The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *Int J QualHealth Care*. 2012; 24(1): 28-38.
14. Manary M, Boulding W, Staelin R, Glickman W. The Patient Experience And Health Outcomes. *N Engl J Med*. 2013; 368: 201-203.
15. Department of Health. Patient Experience Framework. Guidance. National Health Service, Department of Health: United Kingdom. 2011.
16. Fernández L, Tobar E. Satisfacción Usuaría: Un desafío permanente 1. [Tesis]. Valdivia: Universidad Austral de Chile. 2002: 1-10.
17. Acuña O, Tobar M. Relación entre satisfacción usuaria y adhesividad al tratamiento y control de salud en usuarios diabéticos tipo 2. *Rev. Chil. Salud Pública*. 2012; 16(2): 131-136.
18. Adimark GfK. Satisfacción Población Usuaría. Hospitales [Enero]. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. 2012.
19. Gobierno Informa. Autoridades de salud aplican encuesta de satisfacción usuaria a pacientes. Gobierno de Chile. Lunes 4 de noviembre de 2013.
20. Ipinza M. Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuad. Med. Soc. (Chile)*. 2007; 47(1): 5-17.
21. D'Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta bioeth: Santiago*. 2010; 16(2): 124-132.
22. Fonseca S, Gutierrez M, Adami N. Valiação da satisfação de pacientes oncológicos com atendimento recebido durante o tratamento antineoplásico ambulatorial. *Rev. Bras. Enferm*. 2006; 59(5): 656-660.
23. Organización Panamericana de Salud. Guías e instrumentos para evaluar la calidad de la atención. Programa de Mejoría de la Calidad. Santo Domingo, D.N: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. 2003: 1-165.
24. De Moraes H. Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. *Salud Pública Mex*. 1993; 35: 218-258.
25. DiPrete L, Miller L, Nadwa R, Hatzell T. Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo. Serie de perfeccionamiento de la Metodología de garantía de calidad. 2 ed. Center for Human Services: U.S.A. 2005: 1-31.

26. Fernández A, Ollero M. Perception of continuity of care. *Learnforacting. Rev. Esp. Salud Pública.* 2010; 84(4): 349-351.
27. Tuchie C. Seminario de Investigación: evaluación y optimización del sistema de dispensación en atención abierta en el Hospital Base de Osorno. Universidad Austral de Chile. 2003: 81-101.
28. Calnan M, Milewa T. Citizen and Patient Satisfaction with Health Services in Europe. In: Vienonen M, editor. *European Health Care Reforms: Citizens' Choice and Patients' Rights.* Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe. 1996: 58-78.
29. Reuben D, Tinetti M. Goal-Oriented Patient Care — an Alternative Health Outcomes Paradigm. *N Engl J Med.* 2012; 366: 777-779.
30. Groene O. Patient centredness and quality improvement efforts in hospitals: rationale, measurement, implementation. *Int J QualHealth Care.* 2011; 23(5): 531-537.
31. Clever S, Lei J, Levinson W, Meltzer D. Does Doctor-Patient Communication Affect Patient Satisfaction With Hospital Care? ResultsOfAnAnalysis With A Novel Instrumental Variable. *HealthServiceResearch.* 2008; 43(5): 1505-1519.
32. Serrano-del Rosal R, Biedma L. El usuario del sistema sanitario: gestor de calidad. IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada: Libro de resúmenes. 2005: 262.
33. Real Academia Española. Diccionario: significado de "satisfacer". 22ed. 2001.
34. Loriente-Arín N, Serrano-del Rosal R. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Mex.* 2008; 50: 162-172.
35. Parra P, Bermejo R, Castillo A, Hidalgo M, Gomis R, Calle J. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac. Sanit.* 2012; 26(2): 159-165.
36. De los Ríos J, Ávila T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. *InvestEducEnferm.* 2004; 22(2): 128-137.
37. Oliva C, Hidalgo C. Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. *PSYKHE.*2004; 13(2): 173-186.
38. Di Matteo M, Hays R. The significance of patient's of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center. *JournalCommunityHealth.*1980; 6(1): 18-34.

39. B de Groot I, Marang-van de Mheen PJ, Otten W, Smeets HJ. Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals?. *BMC Health Serv. Res.* 2011; 11: 214.
40. Antoniotti S, Baumstarck-Barrau K, Gerbau L, Labare J, Simeoni M, Sapin C, et al. Validation of a French hospitalized patients' satisfaction questionnaire: the QSH-45. *Int J QualHealthCare.* 2009; 21(4): 243-252.
41. Arriaza P, Cancino G, Sanhueza O. Pertener a algo mayor: experiencias de pacientes y cuidadores durante el cuidado paliativo en Chile. *Ciencia y Enfermería XV.* 2009; 2: 95-106.
42. Castillo L, Dougnac A, Muñoz V, Rojas V, Vicente I. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev. méd. Chile.* 2007; 135: 696-701.
43. Wong E, Leung M, Cheung A, Yam C, Yeoh E, Griffiths S. A population-based survey using PPE-15: relationship of care aspects to patient satisfaction in Hong Kong. *Int J QualHealth Care.* 2011; 23(4): 390-396.
44. Agencenationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Manuel D' accréditation Des Établissements De Santé. D Euxième Procédure D'accréditation. 2004; 2: 2-122.
45. De Vries H, Elliott M, Hepner K, Keller S, Hays R. Equivalencia de respuestas de correo y teléfono a la Encuesta Hospitalaria CAHPS. *Res. Salud Serv.* 2005; 40 (6Pt2): 2120- 2139.
46. Jenkinson J, Coulter A, Bruster S. The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J QualHealthCare.* 2002; 15(5): 356-358.
47. Barrio-Cantalejo I, Simón-Lorda P, Sánchez C, Molina-Ruiz A, Tamayo-Velázquez MI, Suess A, Jiménez-Martín J. Adaptación transcultural y validación del PickerPatientExperience Questionnaire-15 para su uso en población española. *Rev. Calid. Asist.* 2009; 24(5):192-206.
48. Stubbe J, Brouwer, Delnoij D. Patients' experiences with quality of hospital care: the Consumer Quality Index Cataract Questionnaire. *BMC Ophthalmology.* 2007; 7:14.
49. Guldvog B, Kolstad A, Pettersen K, Veenstra M. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. *Int J Qual in Health Care.* 2004; 16(6): 453-463.
50. De Boer D, Delnoij D, Rademakers J. The discriminative power of patient experience surveys. *BMC HealthServ. Res.* 2011; 11: 332.

51. Letelier M, Aller M, Sánchez-Pérez I, Vargas I, Coderch de Lassaletta J, Lopart J et al. Diseño y validación de un cuestionario para medir la continuidad asistencial entre niveles desde la perspectiva del usuario: CCAENA. *Gac. Sanit.* 2010; 24(6): 339-346.
52. Berwick D. ¿Qué centrada en el paciente "debe decir: confesiones de un extremista . *Aff. Salud.*2009; 28: 555-565.
53. Reuben D, Tinetti M. OrientedPatientCare - anAlternativeHealthOutcomesParadigm. *N Engl J Med.* 2012; 366: 777-779.
54. Department of Health. A framework for NHS patient experience. National Health Service: Unite Kingdom. 2012.
55. Lamprea J, Gómez-Restrepo C. Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Validez en la evaluación de escalas. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007; XXXVI(2): 340-348.
56. Suarez P. Metodología de la investigación: diseños y técnicas. Bogotá: Orión. 2006.
57. Alarcon A, Muñoz S. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *RevMéd Chile.* 2008; 136 (1): 125-130.
58. Rico R, Gutiérrez I, Asua J, Navarro M, Reyes A, Marin I et al. Valoración de escalas y criterios para la evaluación de guías de práctica clínica. *RevEsp Salud Pública.* 2004; 78: 457-467.
59. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev. Salud Pública.* 2004; 6: 302-318.
60. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales Sis San Navarra.* 2011; 34(1): 63-72.
61. Simon P, Barrio I, Sánchez C, Tamayo M, Molina A, Suess A et al. Satisfacción de los pacientes con el proceso de información, consentimiento y toma de decisiones durante la hospitalización. *An. Sit. Sanit. Navar.* 2007; 30(2): 191-198.
62. Jefatura de Gabinete de Ministros. Guía metodológica para los procesos de selección. Subsecretaría de la Gestión Pública, Estado Argentino. 2005.
63. Joint Evaluation Unit. Evaluation methods for the European union's assistance. European Comission: France. 2006; 1: 13-42.
64. Bertoldi S, Fiorito M, Álvarez M. Grupo Focal y Desarrollo local: aportes para una articulación teórico-metodológica. *Cienc docencia tecnol.* 2006: 33.

65. Krueger R, Case M. Overview of Focus Group. Focus Group: a practical guide for applied research. 4th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publication Inc. 2009: 1-15.
66. Valles, M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 1999: 279-334.
67. Díaz G. Los grupos focales. Su utilidad para el médico de familia. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2005: 21(3-4).
68. Cano A. Técnicas convencionales para la recogida de datos en la investigación cualitativa: el grupo de discusión (I). Nure Investigación. 2008; 35: 1-3.
69. Salgado A. Investigación Cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Lima: LIBERABIT. 2007; 13: 71-78.
70. Castillo E, Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. ColombMéd. 2003; 34(3): 164-167.
71. González, M. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa. Boletín de la Organización de Estados Iberoamericanos. (s.f).
72. Botto, A. Dimensión ética de la investigación cualitativa. Revista GPU. 2011; 7(4): 354-356.
73. Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas J, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. AQUICHAN. 2012; 12(3): 263-274.
74. Laufer A, Solé L, Bernstein S, Lopes M, Francisconi C. Cómo minimizar errores al realizar la adaptación transcultural y la validación de los cuestionarios sobre calidad de vida: aspectos prácticos. Rev Gastroenterol Mex. 2013; 78(3): 159-76.
75. Brahm F, Singer M, Valenzuela L, Ramirez C. Comparación internacional de sistemas de salud y seguridad laboral. Oficina internacional del trabajo, Gobierno de Chile. 2011; 15:137.
76. Biblioteca Nacional de Chile. La lengua española en Chile. Memoria chilena. S.f.
77. Serra-Sutton V, Herdman M. Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud. Informatiu Avaluació i Qualitat en Salut (AATM): Brasil. 2001; 24: 3-5.
78. González R, Verdú J. Proceso de adaptación al castellano del Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire (CCVUQ) para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con úlceras venosas. Gerokomos [Revista en Internet]. 2012; 21(2): 80-87.

79. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Ley 20.584/2006 de 8 de Agosto. Boletín Oficial del Ministerio de Justicia, Gobierno de Chile, n°4398-11, (13-04-12).

80. Escobar L. Fiscalización Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (Ley N°20.584). Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. 2013; 2-25.

81. García R. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Rev. méd. Chile. 2001; 129 (7); 825-826.

82. Mangini S, Silva L, Monti C, Spiri W. Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: Análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en Enfermería. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(2); 304-310.

83. Servicio de Salud Valdivia. Cuenta Pública Año 2011: Hospital Base Valdivia. Gobierno de Chile. 2011; 51-63.

84. Figueroa A. Minsal mide satisfacción de usuarios en hospitales. La Hora. Martes 5 de noviembre de 2013. País: S8

ANEXO 1: Picker Patient Experience Questionnaire-33 (PEE-33).

Durante su ingreso en el hospital, ¿algún profesional sanitario le informó sobre algunas de estas cuestiones?

1. La Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes:

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

2. Su derecho a rechazar tratamientos o pruebas:

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

3. Su derecho a conocer lo que está escrito en su Historia Clínica:

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

Durante su ingreso en el hospital, ¿algún profesional sanitario le explicó lo que usted quiso saber sobre las siguientes Cuestiones?

4. Sobre su enfermedad

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

5. Sobre los efectos del tratamiento

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

6. Sobre los riesgos de las pruebas diagnosticas

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre la claridad con que le informaron el MEDICO o la ENFERMERA y sobre su deseo de decidir los cuidados que le ofrecieron en el Hospital.

7. Cuando tuvo preguntas que hacer a algún médico, ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de preguntar
- NS/NC

8. Cuando tuvo preguntas que hacer a alguna enfermera, ¿recibió usted respuestas claras, fáciles de entender?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de preguntar
- NS/NC

9. ¿Hubiese querido participar más en las decisiones tomadas sobre sus cuidados y tratamientos?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

Ahora le voy a hacer dos preguntas sobre las condiciones en que le dieron la información en el Hospital.

10. A veces en el hospital un médico o enfermera pueden decir una cosa y otros decir lo contrario, ¿le ha pasado esto a usted?

- Sí, muy a menudo
- Sí, alguna vez
- No
- NS/NC

11. ¿Hablaron los médicos delante de usted como si no estuviera allí?

- Sí, a menudo
- Sí, alguna vez
- No
- NS/NC

Las siguientes preguntas se refieren a empatía o cercanía de los profesionales que le informaron.

12. Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre su estado de salud o su tratamiento, ¿algún médico habló de ese tema con usted?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ninguna preocupación o miedo
- NS/NC

13. ¿Durante su ingreso le hicieron firmar algún papel de consentimiento para una operación o prueba?

- Sí. Pasar a preguntas 14 y 15.
- No. Pasar a pregunta 16
- No, porque no me hicieron ninguna operación o prueba. Pasar a la pregunta 22
- NS/NC Pasar a pregunta 22

14. ¿Algún profesional le ayudó a entender bien el papel de consentimiento?

- Sí
- No
- No necesité ayuda
- NS/NC

15. ¿Le pareció que el papel (de consentimiento) era fácil de entender?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

16. Si tuvo alguna preocupación o miedo sobre su estado de salud o tratamiento, ¿alguna enfermera habló de ese tema con usted?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ningún miedo o preocupación
- NS/NC

17. ¿Encontró a alguien, del personal del hospital, con quien hablar de sus preocupaciones?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No tuve ninguna preocupación
- NS/NC

Le voy a hacer 3 preguntas sobre la accesibilidad o facilidad para hablar con los profesionales que le trataron.

18. ¿Los profesionales que le atendieron le animaron a preguntar sobre su enfermedad o cualquier aspecto relaciona ella?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

19. ¿Le fue fácil localizar a su médico para que le explicara sus dudas?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- No tuve necesidad de localizarle
- NS/NC

20. Si su familia, o alguien cercano a usted, quiso hablar con el médico, ¿tuvieron oportunidad de hacerlo?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No hubo familiares ni amigos implicados
- Mi familia no quiso o necesitó información
- No quise que mis familiares ni amigos hablaran con el médico
- NS/NC

Estas dos preguntas son sobre quiénes eran los destinatarios de la información, sobre a quién se dirigía la información

21. Habitualmente, ¿a quién se dirigían primero los médicos cuando daban información sobre su estado de salud?

- A usted
- A su familia
- A ambos a la vez
- Dependía del momento
- NS/NC

22. Y usted, ¿a quién hubiera preferido que informaran en primer lugar?

- A usted
- A su familia
- A ambos a la vez
- Depende del momento
- NS/NC

A continuación le voy a hacer una serie de preguntas sobre el momento del alta y la vuelta a casa

23. ¿Los médicos o enfermeras dieron a su familia, o a alguien cercano a usted, la información necesaria para ayudarle a recuperarse?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No hubo familiares ni amigos implicados
- Mi familia no quiso o necesito información
- No quise que mis familiares ni amigos hablaran con el médico
- NS/NC

24. ¿Algún miembro del personal del hospital le explicó para qué servían los medicamentos que tenía que tomar en casa de manera que usted lo pudiera comprender?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No necesité explicaciones
- No tuve que tomar medicamentos - pase a la pregunta 26
- NS/NC

25. ¿Algún profesional le explicó los posibles efectos secundarios de la medicación que debía tener en cuenta?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No necesité explicaciones
- NS/NC

26. ¿Le habló alguien de los posibles signos de alarma, relacionados con su enfermedad o tratamiento, a los que tenía que estar atento cuando volviera a casa?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

Estas últimas preguntas nos ayudan a conocer algunos aspectos de la calidad de la relación de los profesionales con usted: el respeto a la confidencialidad y a la intimidad, su forma de tratar el dolor y cómo percibió usted el trato que le ofrecieron los profesionales.

27. Cuando los médicos le explicaron cosas de su enfermedad ¿trataron de evitar que los demás enfermos pudieran oírlo (por ejemplo, le hablaron en voz baja, corrieron la cortina de separación)?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No

- Estuve ingresado/a en una habitación individual
- NS/NC

28. ¿Los profesionales trataron de proteger su intimidad cuando estuvo ingresado/a en el hospital? (Por ejemplo cuando le hicieron exploraciones, lo asearon, tuvo que hacer sus necesidades o le cambiaron la ropa).

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- No fue necesario porque yo podía hacerlo todo solo
- NS/NC

29. ¿Sintió usted dolor en algún momento?

- Sí. Pase a la pregunta 30
- No. Pase a la pregunta 31
- NS/NC. Pase a la pregunta 31

30. ¿Cree que el personal del hospital hizo todo lo que pudo para calmar su dolor?

- Sí, totalmente
- Sí, hasta cierto punto
- No
- NS/NC

31. A la hora de darle algún tipo de información sobre su estado de salud, los profesionales ¿lo hicieron en general con delicadeza?

- Sí siempre
- Sí, a veces
- No
- NS/NC

32. Cuando el médico le informaba sobre el estado de su enfermedad, ¿le dedicaba suficiente tiempo?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- NS/NC

33. En general, ¿se sintió usted tratado con respeto mientras estuvo en el Hospital?

- Sí, siempre
- Sí, a veces
- No
- NS/NC

ANEXO 2:



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: Patient Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud.

Investigadoras responsables: Daniela Mogollones P., Dania Santana A. y Katherine Volke O. Estudiantes de la Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Fono: 90068919-98548123-93968874. E-mail: danyta.mp@gmail.com, daniasantana@outlook.com, k.volke.a@gmail.com.

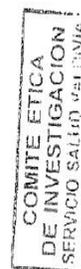
Se me ha informado sobre el estudio que se está ejecutando en diversos Servicios de Hospitalización Adulto en el Hospital Clínico Regional de Valdivia, cuyo objetivo es adaptar y validar el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33 al contexto nacional, adaptado y validado previamente en la población española.

En vista de que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, los cuales son: hombre o mujer entre 18 y 69 años, alfabeto, en alta médica y que tenga al menos una hospitalización igual o mayor a cinco días en el Hospital Clínico Regional de Valdivia durante el último año.

Si accedo a colaborar en este estudio, mi participación consistirá en formar parte de un grupo focal, en el cual las investigadoras realizarán preguntas y frente a ello, daré mi opinión. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los que señala esta investigación. Las respuestas serán anónimas. La información será almacenada por un periodo de cinco años para validar la investigación, si se llegase a poner en duda la legitimidad de ésta. Luego del tiempo estimado se eliminará todo registro.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación es completamente libre y voluntaria. De esta manera, se me ha afirmado que puedo realizar consultas, negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones; esto no deriva a alguna sanción ni menos aún, poner en riesgo o producir un desmedro en la atención médica que a futuro necesite y/o reciba.

Entiendo que una copia de este consentimiento me será entregada, y que puedo realizar cualquier consulta o solicitar información del estudio, por medio del contacto con las investigadoras señaladas al comienzo de este formulario.



[Firma manuscrita]

Este proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI) del Servicio Salud Valdivia cuya presidenta es la Dra. Ginette Grandjean. Fono: (63)2281784.

Yo, _____ he sido informada(o) (Nombre Completo) por la Srta. _____ respecto al estudio quien (Nombre de la persona que aplica el consentimiento) ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No Aceptar , mi participación en el estudio.

Firma paciente

Firma Investigadora

Fecha:



A handwritten signature in black ink, appearing to be "Ginette Grandjean", written vertically below the stamp.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: Patient Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud.

Investigadoras responsables: Daniela Mogollones P., Dania Santana A. y Katherine Volke O. Estudiantes de la Escuela de Enfermería, Universidad Austral de Chile. Fono: 90068919-98548123-93968874. E-mail: danyta.mp@gmail.com, [dania.santana@outlook.com](mailto:дания.santana@outlook.com), k.volke.a@gmail.com.

Se me ha informado sobre el estudio que se pretende ejecutar en algunos servicios de hospitalización adulta pertenecientes al Hospital Clínico Regional de Valdivia, cuyo objetivo es adaptar y validar el instrumento Picker Patient Experience Questionnaire-33 al contexto nacional, adaptado y validado previamente en la población española.

En vista de que cumplo con las características y requisitos para participar en el estudio, los cuales son: ser hombre o mujer, ser un profesional de salud activo y con conocimiento en calidad de atención en salud.

Si accedo a colaborar en este estudio, mi participación consistirá en formar parte de un grupo de expertos moderado por una de las investigadoras, cuya finalidad consiste en evaluar la estructura y el contenido del instrumento PPE-33, y frente a ello, comunicar mi opinión al respecto. La información que se recoja será grabada por medio de un artefacto tecnológico para voz, será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los que señala esta investigación. Las respuestas serán anónimas. La información será almacenada por un periodo máximo de 5 años, para validar la investigación en caso de poner en duda la legitimidad de ésta. Luego del tiempo estimado se eliminará todo registro.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación es completamente libre y voluntaria. De esta manera, se me ha afirmado que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones; esto no deriva a alguna sanción ni menos aún, poner en riesgo o producir un desmedro en la atención médica que a futuro necesite y/o reciba.

Entiendo que una copia de este consentimiento me será entregada, y que puedo realizar cualquier consulta o solicitar información del estudio, por medio del contacto con las investigadoras señaladas al comienzo de este formulario.



[Firma manuscrita]

Este proyecto fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CEI) del Servicio Salud Valdivia cuya presidenta es la Dra. Ginette Grandjean. Fono: (63)2281784.

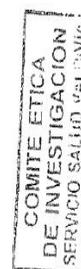
Yo, _____ he sido informada(o) _____ (Nombre Completo) por la Srta. _____ respecto al estudio quien (Nombre de la persona que aplica el consentimiento) ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar No Aceptar , mi participación en el estudio.

Firma Profesional

Firma Investigadora

Fecha:



A handwritten signature in black ink, written vertically below the stamp.

**ANEXO 3: EVALUACIÓN COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN,
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Comité Ética de Investigación

ORD.: Nº 211

ANT.: Ord. 177 de fecha 05.07.2013

MAT.: Informa

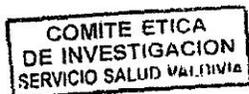
Valdivia, 29, Julio, 2013

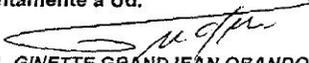
DE: PRESIDENTE COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
Dra. Ginette Grandjean Obando

A: INVESTIGADOR PRINCIPAL
Dr. Mauricio Barría
Escuela de Enfermería UACH

En respuesta a documento del antecedente, donde se envían requerimiento para aprobación del proyecto titulado: "Patient Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud". Informo a usted, que en reunión del día 24 de julio del presente año, este comité reviso satisfactoriamente los requerimientos solicitados por lo tanto autoriza dicho proyecto de investigación.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.




DRA. GINETTE GRANDJEAN OBANDO
PRESIDENTE COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
SERVICIO SALUD VALDIVIA

Dra. GGOfam/CIC:
- Archivo CEL
- Archivo carpeta.

ANEXO 4: RESOLUCIÓN UNIDAD JURÍDICA DEL HOSPITAL BASE DE VALDIVIA.



RESOLUCIÓN EXENTA

VALDIVIA, 23.AGO.2013 004393

VISTOS: estos antecedentes: Carta de fecha 29 de julio del año 2013 de Estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile donde solicita autorizar la ejecución del proyecto titulado "Paciente Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud"; Ordinario Nº 211 de fecha 29 de julio del año 2013 de la Presidente Comité de Ética de Investigación que aprueba la realización del proyecto titulado "Paciente Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud"; Formulario de Consentimiento Informado; Resumen del Proyecto titulado "Paciente Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud" **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en los artículos 31 a 40 del D.F.L. N° 01 del año 2005 del Ministerio de Salud, el cual fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763, de 1979; artículo décimo quinto transitorio de la Ley N° 19.937 modificado por la Ley N° 20.319; y las disposiciones del Decreto Supremo N° 38 del año 2005 del Ministerio de Salud, **Y TENIENDO ADEMÁS PRESENTE:** lo establecido en RTR N°165 de fecha 27/01/10 de la Dirección del Servicio de Salud Valdivia; la Resolución Exenta N° 005905, de fecha 19 de octubre de 2011, emanada de la Dirección del Hospital Base Valdivia, en virtud de la cual se fijó el orden de subrogancia de la Dirección del Hospital Base Valdivia, dicto la siguiente;

RESOLUCIÓN

1º) **APRUEBASE** la realización del proyecto titulado "Paciente Experience: Una nueva mirada para la Calidad en Salud", que será efectuado por los alumnos testistas Srta. Daniela Mogollón Pérez, Dania Santana Alvarez y Katherine Volke Oyarzún, cuyo investigador principal es el Sr. Mauricio Barra, docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

2º) **DÉSE CUMPLIMIENTO** al artículo N° 11 de la Ley N° 20.120, en cuanto se exige la toma de consentimiento informado de los pacientes, ante Ministro de Fe.

3º) **NOTIFIQUESE** la presente resolución exenta al Investigador Principal d. Mauricio Barra por el Jefe de Oficina de Partes del Hospital Base Valdivia o por quien le subrogue o reemplace legalmente.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,


DRA. MARÍA SOLEDAD CHENG DE FILLIPIS
DIRECTORA (S)
HOSPITAL BASE VALDIVIA