

Tesis doctoral

Título:

“Calidad del cuidado por niveles de atención y características demográficas de los usuarios en hospitales de Boyacá y Bogotá Colombia”

Doctorando:

Fred Gustavo Manrique Abril

Directora:

Maria Loreto Josefa Macia Soler

Castellón, octubre de 2022

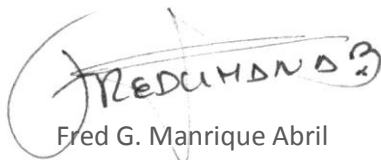
Universitat Jaume I



**Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería
Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I**

**“Calidad del cuidado por niveles de atención y características
demográficas de los usuarios en hospitales de Boyacá y Bogotá
Colombia ”**

**Memoria presentada por Fred Gustavo Manrique Abril para optar al grado
de doctor por la Universitat Jaume I**



Fred G. Manrique Abril
Doctorando



MARIA
LORETO
JOSEFA|
MACIA|SOLER
Firmado digitalmente por
MARIA LORETO
JOSEFA|MACIA|
SOLER
Fecha: 2022.11.04
16:43:09 +01'00'

Loreto Macia Soler
Director de la tesis

Castelló de la Plana, octubre de 2022.

Licencia CC Reconocimiento - Compartir igual (BY-SA).



Financiación

Esta tesis recibió una subvención de la Unidad de Ciencia Tecnología del Municipio de Tunja – UMCITI- Alcaldía Mayor de Tunja; también recibió apoyo técnico y financiero de la Asociación de graduados de enfermería de la UPTC “Agenf.org”, entidad sin ánimo lucro, y recursos propios.

Agradecimientos

Agradecimientos

Con aprecio agradezco a mi directora de tesis, María Loreto Macia, que con tan solo unos minutos de dialogo nos aceptó en su grupo de trabajo y acompañó este reto de un doctorado en ciencias del cuidado, motivando y sabiendo aprovechar las potencialidades sin poner obstáculos sino facilitando el trabajo en formación. Gracias por su confianza y acompañamiento...

A todos los pacientes que nos facilitaron sus datos y participaron en cada etapa el trabajo de forma desinteresada. A los estudiantes de la UPTC y UN de Colombia que me ayudaron en la tarea de recolección de los cuestionarios.

Agradezco al apoyo familiar, todos ellos que me ha acompañado en este intenso viaje de la formación posgradual; a mi padre Alberto, mi madre Olga, mis hermanos Natalie, Diego, Darío y Ricardo, mis sobrinas y sobrinos, tíos, tías y todos aquellos que hacen parte de esa unión consanguínea.

A mi esposa Giomar y a Juan Esteban que me dan cariño y amor, están allí en los momentos de tristeza y felicidad, soñando juntos locuras y retos que para otros son imposibles.

Índice

Contenido

Agradecimientos	4
Índice	6
Contenido	7
Índice de Tablas	9
Índice de Figuras	10
Índice de Diagramas	11
Resumen	14
Introducción	17
La calidad del cuidado	18
Escala de medición de la satisfacción del paciente	26
Escala de satisfacción en el ámbito internacional	28
El instrumento Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) y el CUCACE	29
Marco normativo en Colombia	32
Marco geográfico e institucional	35
Objetivos	38
Objetivos	39
General	39
Objetivos Específicos	39
Método	40
Diseño del estudio	41
Población	41
Características del instrumento de medida	41
Procedimiento para la recolección de la información.	42
Registro de cuestionarios.	42
Revisión de los cuestionarios.	43
Análisis de datos	43
Aspectos éticos	43
Temporalidad y muestra	45
Resultados	46

Índice

Validez y fiabilidad del CUCACE	47
Características de la población estudiada	52
Experiencia y Satisfacción con los cuidados de enfermería	54
Discusión	61
Conclusiones	68
Recomendaciones	72
Conflictos de interés y financiación	73
Conflictos de interés	74
Publicaciones	75
Referencias	76

Índice de Tablas

Tabla 1. Validez facial por grupo evaluador.	46
Tabla 2. Modelo Factorial Exploratorio (EFA) y confirmatorio (CFA) de la sub-escala ENCS.	47
Tabla 3. Modelo Factorial Exploratorio (EFA) y confirmatorio (CFA) de la sub-escala SNCS.	49
Tabla 4. Características generales de la población estudiada (n= 1369)	51
Tabla 5. Medidas de Posición y Dispersión de la percepción de Experiencia y Satisfacción con los cuidados de enfermería (n= 1369)	53
Tabla 6. Distribución de la percepción de Experiencia con los cuidados de enfermería estratificados pro variables sociodemográficas (n= 1369)	55
Tabla 7. Distribución de la percepción de Satisfacción con los cuidados de enfermería estratificados pro variables sociodemográficas (n= 1369)	57

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo holístico de satisfacción de los cuidados de salud	22
--	-----------

Índice de Diagramas

Diagrama 1. Diagrama path para la sub-escala ENCS	51
Diagrama 2. Diagrama path para la sub-escala SNCS	53
Diagrama 3. Pirámide poblacional de los participantes	55
Diagrama 4. Survey Plots de las medidas de Experiencia y Satisfacción con los cuidados de enfermería (n= 1369)	57

SIGLAS

AGENF	Asociación de Graduados de enfermería
CFA	Análisis factorial confirmatorio
CFI	Bentler's Comparative Fit Index
EFA	Análisis factorial exploratorio
ENCS	Experiencia con los cuidados de enfermería
ESE	Empresa social del Estado
Ips	Institución prestadora de servicios de salud
IVC	Índice de Validez de Contenido
NSNS	Newcastle Satisfaction with Nursing Scale
PAMEC	Plan de auditoría para la mejora de la calidad denominado
PCA	Análisis de componentes principales
REPS	Registro Especial de prestadores de servicios de salud
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SNCS	Satisfacción con los cuidados de enfermería
SGSS	Sistema general de Seguridad Social
SOGC	Sistema de obligatorio de garantía de calidad
SRMR	Root Mean Square Residual

Resumen

Introducción: La percepción que tienen las personas de un servicio o de un producto se ve evidenciada en su satisfacción, lo que en el sector sanitario es de suma importancia porque permite mejoras en la calidad de la atención ofrecida por las instituciones. Conocer la percepción sobre la calidad de los servicios de cuidado de enfermería desde la óptica de la satisfacción del usuario es una premisa para el avance de la profesión como ciencia del cuidado. Existen discrepancias entre los niveles de satisfacción relacionados con la edad de los pacientes, el sexo, los ingresos, la escolaridad como variables sociodemográficas, pero también se ha documentado que factores institucionales como la complejidad, la ubicación en zonas de mejor acceso y los sistemas gerenciales incluyen en las expectativas y en las experiencias que tiene el usuario sobre la calidad ofrecida.

El objetivo de esta tesis es determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados y su relación con características demográficas y niveles de atención de usuarios en hospitales de Boyacá y Bogotá Colombia.

Métodos: Previa validación psicométrica del CUCACE, un instrumento adaptado al castellano para evaluar las experiencias y satisfacción de los usuarios con los cuidados de enfermería en el ámbito hospitalario, se procedió mediante un estudio descriptivo y analítico determinar la calidad del cuidado en una muestra de 1361 pacientes que participaron voluntariamente en el año 2019 mediante reclutamiento secuencial en los egresos hospitalarios una vez son dados de alta.

Resultados: La consistencia interna de las escalas fue aceptable, con un α de Cronbach de 0,883 para la subescala de experiencia y de 0,8635 para la subescala de satisfacción. En la percepción de la satisfacción con los cuidados de enfermería no hubo diferencias por género de los pacientes, zona de procedencia, grado de escolaridad, estrato social y ciudad/departamento de atención.

Se observaron diferencias importantes con $p < 0.05$ para la edad, siendo mayor la percepción de satisfacción en los menores de 25 años frente a los otros grupos, mejor percepción en los pacientes con días de estancia menor a 5. Una diferencia significativa $p < 0.01$ en la media de satisfacción estuvo en el tipo de institución donde la acreditación juega un papel importante ya que hubo mayor satisfacción con las instituciones acreditadas y se relaciona con su nivel de complejidad, los pacientes de instituciones de tercer nivel estuvieron más satisfechos; la diferencia también se evidenció en los que perciben que no es posible mejorar y en aquellos que su nivel global fue positivo.

Conclusión: El CUCACE es válido, fiable y útil para medir la percepción sobre el cuidado de enfermería en torno a la experiencia del cuidado y satisfacción. Los Pacientes tanto en la capital del país como en la región de Boyacá se encontraron satisfechos con los servicios de cuidado recibidos con algunas diferencias sociodemográficas e institucionales.

Introducción

La calidad del cuidado

Hoy la satisfacción del consumidor se relaciona con las expectativas que ha originado el mercado sobre un producto o servicio, la competitividad y la calidad intrínseca que debe reflejarse en los deseos del consumidor.

Existe una acervo documental de teoría sobre la calidad desde los aportes de Stewart, Deming, Juran, Ishikawa y Crosby hasta los aportes de Donabedian dejando ver que la calidad es un asunto central en todo aspecto desde la gerencia, la administración, y el marketing (1). Sin embargo, sus aportes fueron al sector industrial y empresarial. Avedis Donabedian introdujo el concepto a la organización de la atención sanitaria, mediante la evaluación de tres pilares fundamentales: estructura, proceso y resultados para determinar calidad en los servicios. (2)

El constructo denominado “calidad del cuidado” tiene en su estructura dos palabras, la primera, una evaluación de atributo intrínseco que debe tener un producto o servicio y la segunda una palabra que se ha vuelto el objeto material de estudio de la profesión enfermera en el mundo entero, que explica la interacción entre enfermería y al población en diversos contextos o roles de desempeño.

Desde las últimas décadas del siglo pasado autores (3) destacaron el valor de la satisfacción del usuario como un indicador de calidad de resultado y, en los últimos tiempos, se ha producido un notable incremento de estudios centrados en la medición de su satisfacción (4–9). Conocer la satisfacción del usuario permite predecir, entre otras cosas, el cumplimiento terapéutico y el posible retorno del usuario al centro ante otro episodio, sobre todo en el sector privado.

La calidad en salud ha estado ligada a la concepción misma de salud, puesto que el fin último de la calidad es optimizar los recursos del entorno para alcanzar el máximo bienestar de los usuarios que reciben el servicio. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: *“El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o*

enfermedades” (10). Lo cual indica que toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel de salud, pero para cumplir con esta visión es importante saber cuáles son las posibilidades o los obstáculos que impiden el proceso encaminado a la satisfacción de las necesidades y expectativas en salud de las personas.

En Colombia se creó mediante una normatividad el Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) que centra su conceptualización en el cumplimiento por parte de los actores en el sistema de salud de condiciones estructurales que en el supuesto teórico repercuten en la atención o servicio de salud recibido. Dentro del SOGC existen algunos indicadores del talento humano en salud, que involucran su capacitación tanto formal como informal y su experiencia en la atención certificada, pero cada día toma mayor importancia la opinión de los usuarios, inclusive ya hay representantes de estos en las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado (ESE), instituciones que en su gran mayoría realizan la prestación de servicios de salud en el territorio nacional. Desde allí se ha solicitado junto con las universidades la evaluación de la percepción de los usuarios sobre la atención recibida o servicios consultados procurando la mejora de los mismos a través de un plan de auditoría para la mejora de la calidad denominado PAMEC.

Desde la perspectiva académica se observa una continua publicación de trabajos referentes a la percepción de los servicios de salud y de especial manera recobra importancia la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería. Para lograr este propósito, fue necesario definir, medir y evaluar el cuidado de enfermería con base en la percepción de los usuarios del servicio de salud. En este sentido, algunos autores (11), afirman que la calidad consiste en cumplir con las expectativas del usuario, donde prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo.

La calidad es un constructo que encierra elementos subjetivos y objetivos (12), por tanto, su evaluación puede ser cualitativa o cuantitativa. La calidad de la atención podría ser evaluada teniendo en cuenta la cortesía y participación de enfermería durante el diagnóstico y tratamiento, idiosincrasia, trato amable, información sobre el padecimiento, educación para el cuidado, intimidad y pudor, seguridad y confianza, satisfacción con el equipo y las instalaciones (13).

Un estudio de percepción de la calidad del cuidado de enfermería en instituciones hospitalarias de Bogotá encontró que el 38% de los pacientes afirmaron estar muy satisfechos (14).

Otro estudio, también realizado en Bogotá, determinó la estructura, el proceso y el impacto del cuidado de enfermería en un hospital de III nivel. Dicho estudio usó indicadores para cada fase del sistema en las que incluyeron la planeación, el personal, la información, los suministros, la inversión y la investigación como insumos, el proceso fue evaluado considerando los procedimientos de revisión de historias clínicas y de administración de medicamentos, donde el impacto incluyó el grado de satisfacción del paciente. (15)

Bautista, (2008) reconoce que el papel activo del usuario en la percepción de la calidad del cuidado es importante para la enfermería, permitiendo identificar comportamientos y aspectos significativos para alcanzar la calidad deseada y diseñar acciones para la mejora del mismo (16).

Alonso y cols (17) validaron el instrumento de valoración de cuidados de enfermería “The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS)”, obteniendo una versión en castellano denominado “CUCACE” (Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería), el cual mide la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes durante la estancia hospitalaria.

Los criterios del instrumento CUCACE, contiene elementos conceptuales postulados por las investigadoras Diane Irvine y Soraya Sidani en el modelo conceptual denominado “El Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería” y sus componentes, Estructura, Proceso y Resultado (18).

Los sistemas sanitarios precisan asegurar la calidad de las prestaciones a través de la puesta en marcha de sistemas de gestión de calidad, tanto intrínseca como percibida. La calidad intrínseca se centra en el diseño, ejecución y evaluación de procesos, y la percibida está dirigida a la evaluación y satisfacción de los usuarios (19).

Existen algunas herramientas (13, 17, 20) disponibles como el SERVQHOS (20) y el CUCACE (21) (22) en el ámbito colombiano que permiten medir la satisfacción de los usuarios con la atención en salud y con el colectivo de enfermería sobre los cuidados recibidos, sin embargo, los estudios realizados no profundizan en los factores que determinan la satisfacción de los usuarios,

limitando el desarrollo de ciclos de una mejora continua.

La calidad en el cuidado de la salud a menudo es difícil de definir y medir. (23). La definición de calidad cuando se aplica a la atención de enfermería es multidimensional y compleja (5). Muchos estudios ni siquiera intentan definir la calidad, lo que implica que hacerlo limita su significado y que cualquier definición necesariamente refleja un juicio de valor por parte del autor (24). La calidad a menudo se asocia con un grado de conformidad con los estándares actuales, esto indica que la calidad se puede definir de diversas maneras en relación con los instrumentos de investigación utilizados.

La satisfacción del paciente se define como la combinación de experiencias, expectativas y necesidades percibidas (25). Sin embargo, también se ha definido como la evaluación subjetiva de los pacientes sobre sus reacciones cognitivas y emocionales como resultado de la interacción entre sus expectativas con respecto a la enfermería ideal, cuidado y sus percepciones del cuidado real de enfermería (26). Merkouris et al., definió la satisfacción como consistente en tres factores sucesivos, siendo estos las relaciones interpersonales, satisfacción con el sistema de salud y con el equipo técnico (27).

Un número creciente de estudios refieren interés por el tema de la percepción (4–9, 13,28–36) y calidad de atención y cuidados.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirmó que la percepción del usuario está ligada al principio de participación del consumidor. Teniendo en cuenta que el objetivo principal de la prestación de un buen servicio sanitario es el usuario, se requiere el ajuste del servicio ofertado, con expectativas y prioridades reales, por tal razón, es indispensable conocer su opinión, actitudes y vivencias (26, 37, 38). Dicha orientación deja de lado la excesiva condescendencia, donde la jerarquía tradicional entre profesionales y pacientes tiende a desaparecer con el fin de participar e incorporar más a fondo al paciente en todo lo relacionado con su salud y cuidados. En este sentido, se promueve un modelo pluralista respecto a la toma de decisiones y a la relación profesional del paciente con su salud basado en la colaboración (39).

De la misma forma, la Unión Europea, constata en su Libro Blanco de la Salud (2008-2013), la importancia de la participación de las personas como valor fundamental. En las últimas décadas ha habido una manera diferente de visualizar la atención sanitaria, de forma más individualizada, brindando mayor importancia a los cuidados centrados en el paciente quien paso a ser un sujeto activo de la atención sanitaria (40).

Con el transcurso del tiempo, la satisfacción del usuario respecto a la atención sanitaria recibida se ha conceptualizado de formas diferentes, logrando una evolución significativa.

En el siglo pasado, en la década de los años 70 y 80, el concepto de satisfacción del usuario se visualizaba desde la óptica de los profesionales sanitarios los cuales decidían las formas de satisfacer de la mejor manera las necesidades de los usuarios. No obstante, algunos autores manifiestan que generalmente los profesionales en salud daban por sentado que sabían lo que satisfacía a sus pacientes de acuerdo a los estándares y valoraciones profesionales, pero no siempre coincidían con las prioridades de los pacientes. De tal forma, que la opinión del paciente sobre lo que realmente le satisfacía no se tenía en cuenta. (41,42). Más adelante, en la década de los años 90, la forma de entender y de medir la satisfacción del usuario cambia drásticamente, centrando la atención en el usuario y en sus verdaderas expectativas (37,43). Hoy en día, el consumidor de los servicios sanitarios es el actor principal para exaltar la calidad de dichos servicios y su grado de satisfacción es el indicador primordial de la calidad asistencial (41,43–45).

Otros autores aseguran que la satisfacción del paciente respecto a la atención sanitaria debe ser uno de los principales objetivos de la atención, mediando entre las percepciones de los usuarios sobre la calidad y sus intenciones de volver a hacer uso del servicio, o de recomendar el centro de atención hospitalaria a sus familiares y amigos. (46–49). Referido a este contexto, la satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios tiene una concepción un tanto compleja ya que relaciona diversidad de factores como el estilo de vida, experiencias previas, las expectativas del futuro, los valores personales y sociales. Un aspecto que dificulta el análisis de la satisfacción reside en la ambigüedad del concepto ya que, por una parte, es de naturaleza subjetiva y por la otra, de una naturaleza contextual (45, 46,50). En esta línea, varios estudios muestran la satisfacción como un aspecto que trae consigo ciertos hábitos culturales de los

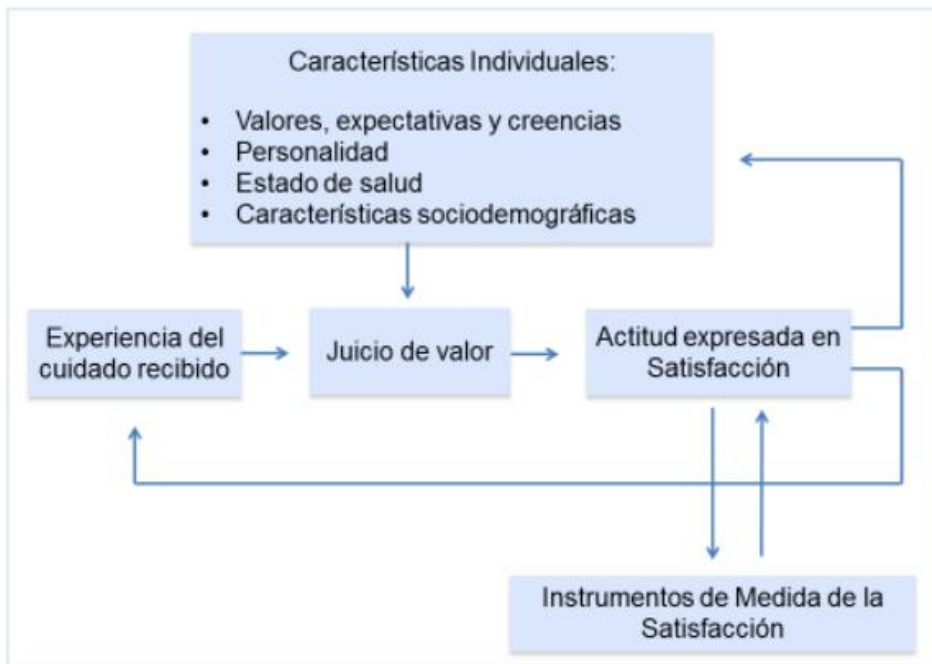
diferentes grupos sociales, lo que conlleva a que la definición varíe de acuerdo al contexto social y a las vivencias previas relacionadas con el tema en mención. (25, 37, 38,45).

Por otra parte, la satisfacción de los pacientes es considerada como proceso y resultado, con una marcada diferencia entre calidad y satisfacción, ya que satisfacción se entiende como un juicio transitorio y el concepto de calidad se enmarca dentro de una actitud más prolongada en el tiempo (51). Suele decirse que, los enfoques holísticos pretenden incorporar todos los factores que intervienen en la satisfacción y de esta manera permitir la interacción entre las variables que afectan a las apreciaciones de los usuarios. (46,52).

La experiencia del cuidado debe partir del modelo holístico incluyendo las acciones, actitudes, recursos humanos, entorno físico, percepciones individuales formadas desde las características individuales, así como la satisfacción en respuesta a dichas percepciones y la medida de la satisfacción repercutida por los instrumentos de medida utilizados por los propios investigadores.

Es así, que la determinación de la satisfacción es un proceso dinámico que implica dos mecanismos de retroalimentación, por una parte, las actitudes individuales las cuales son modificadas por las experiencias del paciente, que a su vez, alteran sus expectativas, por otro lado, la retroalimentación que surge entre las expectativas y la experiencia del cuidado recibido. Dicho modelo es representado en la Figura 1.

Figura 1. Modelo holístico de satisfacción de los cuidados de salud



Adaptada de: (52) Strasser, S., Ahorony, L. y Greenberger D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50(2), 19-48.

La conceptualización de la satisfacción ha cambiado en cuanto a las relaciones establecidas entre profesionales de la salud y pacientes, siendo así, que la palabra paciente ahora se define bajo el concepto de cliente y esta nueva concepción representa a la persona o grupo de sujetos que reciben un producto o servicio (53).

Recientemente surge un enfoque de la asistencia sanitaria denominado “cuidados centrados en los pacientes”, donde el rol del usuario tiene mayor relevancia, dando paso a una fuerte expansión de estudios sobre el tema. Tanto es así, que la mayoría de autores afirman que la satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros es el aspecto que mejor describe la satisfacción con la hospitalización (25,54–61), siendo un elemento primordial en la conservación y rehabilitación de la salud (62,63). Por tal razón, los cuidados enfermeros, son un determinante fundamental de la satisfacción del paciente frente a la calidad de los cuidados hospitalarios (25, 38,60). En este contexto, algunos autores manifiestan que la satisfacción del paciente con el cuidado enfermero está determinada por la concordancia entre las expectativas del paciente

sobre los cuidados enfermeros ideales y su criterio personal sobre los cuidados enfermeros que verdaderamente recibe (41, 57, 62,64–68). No obstante, el cumplimiento de las expectativas, necesidades o aspiraciones desde la óptica del paciente, corresponden a la medida de su satisfacción (51,69). Por lo general, un gran número de autores consideran el paradigma de la confirmación de las expectativas como una base firme para interpretar la satisfacción. Es decir, la satisfacción ocurre cuando la percepción del paciente sobre los cuidados es aceptable o bien cuando el servicio ofrecido sobrepasa sus expectativas (44, 51, 53,69). Dentro de este contexto, los términos percepción y satisfacción pueden llevar a una confusión conceptual, siendo la satisfacción un ejemplo claro de una percepción, pero teniendo en cuenta que no es el único (43).

Cabe mencionar, que las tendencias filosóficas de la enfermería y las de calidad asistencial de los cuidados tienen precisadas las dimensiones que conforman el cuidado y vislumbran la valoración dada por el usuario en la atención enfermera, tanto así, que algunos autores sustentan que dichos elementos son integrados sin la debida objetividad en la práctica asistencial y recalcan la influencia del cuidado técnico frente al cuidado humano especialmente en el contexto de las unidades de cuidados intensivos (70–72). Delgado et al. (2001), señalan que en las unidades de cuidados intensivos el cuidado técnico a diferencia del cuidado humano tiende a la deshumanización, porque no se trata a la persona de una forma exhaustiva y en ocasiones se vulnera su dignidad y autonomía, conllevando a la objetivación de la persona al ser vista como un objeto y no como sujeto (71,73).

Por consiguiente, para ofrecer cuidados de calidad es imprescindible obtener competencias relacionadas con las habilidades, destrezas y actitudes interpersonales, propias de la comunicación verbal y no verbal, para fortalecer las relaciones interpersonales que se establecen con el paciente, la familia y otros profesionales, todo desde la empatía y la subjetividad (71,74,75).

Los pacientes que en su momento recibieron cuidados individualizados participan más en sus propios cuidados (76,77) y esto se evidencia en una mayor satisfacción del paciente (26).

Dichos aportes contemplan la idea de los cuidados enfermeros de forma individualizada los

cuales son vividos por los mismos pacientes en calidad de técnicos e impersonales, es decir, carentes de humanidad. En cierto sentido se percibe la necesidad de aquellos profesionales autónomos, reflexivos cuyo juicio clínico sirve para la atención individualizada en el paciente crítico, proporcionando una breve respuesta a los problemas y necesidades que se presentan procediendo inmediatamente dentro de la ejecución de su rol como profesional. Las necesidades del paciente crítico no pueden ser sólo biológicas o físicas, sino que deben estar atadas a sus reflexiones, vivencias y experiencias teniendo presente los valores, creencias y culturas (77). Dicho de un modo un tanto directo, todos los cuidados deberían contribuir a la seguridad física por medio del saber espiritual, tecnológico, social y seguridad psicológica con una esencia personalizada de manera humana y ética en donde resalte la orientación de comprensión a modo holístico (78). Estos cuidados enfermeros están administrados y centrados con enfoque al paciente, en beneficio y aporte del bienestar de los mismos, en otros términos, es un indicador significativo que permitirá a futuro medir y mejorar la calidad de vida y por ende, la calidad de los cuidados ofrecidos (50). En este punto, la discusión se centra en la medida de la calidad del cuidado teniendo en cuenta el grado de satisfacción que los usuarios expresan a diario que permite constituir un elemento que va más allá de un artificio en pro de su mismo bienestar, fundamental para la interrelación usuario - familia (79), siendo los cuestionarios validados aquellos instrumentos de recolección más utilizados en lo que respecta a la calidad y/o satisfacción de los cuidados enfermeros.

Escalas de medición de la satisfacción del paciente

En esta línea de argumentación se destaca la entrega e interés de los profesionales por elevar el nivel de satisfacción de los usuarios junto con los cuidados que se ven reflejados en la propagación de sus diferentes instrumentos de medida en el ámbito nacional así como en el internacional, que incluyen entrevistas e instrumentos de recolección de información, específicamente los cuestionarios que son las técnicas más utilizadas en el campo de la investigación, siendo también instrumentos diseñados que cuantifican y comparan la información. Es significativa la importancia de los cuestionarios porque hacen referencia a unas escalas de evaluación con base en instrumentos que permiten dar paso a una secuencia de escalamiento de los ítems que brinda una puntuación acumulativa a nivel global (80). No

obstante, algunos términos que apuntan a los cuestionarios, escalas e instrumentos de medida siempre se emplearán de manera incierta en el presente documento. En el curso de esta búsqueda y forjando un poco esta gran historia, cabe destacar el primer intento que evaluó la satisfacción del paciente y usuario dentro de los servicios de salud en el ámbito de la enfermería, siendo netamente en Estados Unidos (81). Este instrumento se fundamentó de un check-list de 50 ítems divididos en 7 categorías los cuales contenían eventos de satisfacción del cuidado (3 ítems), para las negligencias u omisiones en el cuidado respecto al descanso y la relajación (8 ítems), seguido de las necesidades diarias representadas en (6 ítems), la higiene personal y el cuidado puntual de soporte (10 ítems), reacción o resistencia a las terapias (8 ítems), y finalmente, el contacto físico con las enfermeras (11 ítems). En efecto, cada uno de estos ítems tenían 3 opciones según las respuestas: esto ha pasado hoy, ha pasado algún otro día y no ha pasado.

En resumidas cuentas, la utilización de la técnica Q-sort según los autores suscritos anteriormente, cada ítem tenía una escala de 5 puntos de importancia permitiendo así una clasificación representada en 5 categorías relevantes y de vital importancia. Los 3 ítems de la satisfacción del cuidado describían la cortesía, la sensibilidad e interés y entre otros aspectos que argumentaban las explicaciones de las enfermeras. Asimismo, eran estudiados de manera separada partiendo de los 47 ítems restantes, y la satisfacción del paciente resultaba directamente medida por el porcentaje de personas que respondían a cada uno de los criterios mencionados. En los demás ítems se reflejaba el conflicto de las omisiones graves de la calidad de este cuidado enfermero, teniendo en cuenta el pacto de los investigadores y la satisfacción del paciente a modo indirecto.

El primer cuestionario construido para medir la satisfacción del paciente con la atención enfermera fue el de Risser (1975) (68). Hasta ese entonces, para medir la satisfacción del paciente con la atención enfermera recibida, los instrumentos de medida carecían de pruebas estadísticas sólidas de fiabilidad y validez, dichas pruebas eran una labor difícil para los investigadores, por una parte, la mayoría de los autores hallaron la fiabilidad del instrumento a través de la consistencia interna, pero no se tuvo en cuenta la fiabilidad test-retest del instrumento, por otra parte, faltó definir con claridad el concepto de una teoría subyacente que logrará medir la satisfacción. Es así, como utilizaban la satisfacción general con el servicio hospitalario, el deseo

de volver a ese mismo hospital en caso tal o recomendarlo a familiares y amigos, para confirmar la validez de criterio (27,82). Otros autores relacionan 21 instrumentos que miden la satisfacción del paciente con la atención enfermera, de los cuales, 17 instrumentos evalúan la satisfacción en pacientes hospitalizados y 4 en pacientes externos o ambulatorios, de estos 17 con relación a personas hospitalizadas, 10 medían la satisfacción general de los pacientes y la atención enfermera sólo era un aspecto, dos de ellos orientados a escenarios determinados como urgencias o sala de partos, uno tenía relación con cuidados enfermeros y los últimos cuatro instrumentos, medían la satisfacción general con la atención enfermera, de estos últimos, sólo dos contaron con estudios de validez y fiabilidad, el Patient Satisfaction Index (PSI) (83) & La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS) (84).

Posteriormente se describen las escalas de satisfacción halladas en diversos textos científicos tanto a nivel internacional como a nivel nacional, las cuales se destacan por su reconocimiento y validación.

Escalas de satisfacción en el ámbito internacional

1. Risser Patient Satisfaction Scale (RPSS) (68)
2. La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPPS) (84)
3. Caring Assessment Instrument (CARE-Q) (85)
4. Service Quality (SERVQUAL) (86)
5. Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) (21,87,88)
6. Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire (PSNCQQ) (89)
7. Critical Care Patient Satisfaction Survey (57)
8. Patient's Assessment of Quality Scale-Acute Care Version (PAQS-ACV) (90).
9. Consumer Emergency Care Satisfaction Scale (CECSS) (91–93)

A continuación, para cada escala mencionada anteriormente, se describe el instrumento, objetivo de medida, ítems, sub-escalas, datos relacionados con la validación de cada una de ellas y estudios en los que se han utilizado dichas escalas.

El instrumento Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) y el CUCACE

En cuanto a la medición de opiniones de los pacientes con los cuidados enfermeros, está la escala NSNS que puede ser utilizada tanto en Atención Primaria como en hospitalización ya sea antes o después del alta y pre o post-intervención quirúrgica (94–96). El diseño y estructuración de la escala tuvo en cuenta el análisis cualitativo de entrevistas individuales (n=83) y de grupo focales con pacientes (n=67), de cinco hospitales diferentes, donde la muestra final fue de 150 pacientes. El objetivo, evaluar la percepción de los pacientes como buenos o malos cuidados enfermeros contemplando doce temas relevantes como la actitud de los enfermeros medida en atributos como servicial o extraordinaria; la disponibilidad referente a la anticipación de las necesidades del paciente o el tiempo que se le brinda; la rápida atención cuando el paciente lo requiere; la individualidad en los cuidados; la seguridad que se le pueda ofrecer, el profesionalismo en cuanto a los comportamientos y competencias enfermeras; la eficiente organización de los cuidados así como la secuencia de los mismos o la comunicación entre los diferentes turnos de trabajo; el conocimiento y la formación de los enfermeros; el ambiente físico como el ruido, la limpieza, la comida o la decoración; el valor agregado en los cuidados que incluye sentirse cómodo, la interacción amigable y la explicación amable, clara y concisa de los cuidados ofrecidos, la forma de expresarse, la empatía y la sensibilidad al momento de ofrecer información.

Dichos temas fueron de gran utilidad para construir el banco de preguntas de la NSNS. Pese a ello, el estudio cualitativo no puntualiza el tipo de método utilizado dificultando el análisis entre la concordancia con el tipo de análisis de datos que ejecutan los autores. La escala en mención, consta de 45 ítems y tiene dos sub-escalas, las experiencias del cuidado recibido y la satisfacción con el cuidado.

- La experiencia del cuidado recibido tiene 26 ítems y 7 opciones de respuesta para cada uno, que van desde totalmente de acuerdo (1) a totalmente en desacuerdo (7). Respecto a la construcción de los ítems, 15 están escritos en forma positiva y 11 de forma negativa. La sumatoria de todas las puntuaciones conforma la puntuación total de la experiencia, con un rango que varía entre 0 y 100, dónde 100 representa la mejor experiencia posible. - La satisfacción

con el cuidado está conformado por 19 ítems y 5 opciones de respuesta para cada uno, desde no del todo satisfecho (1) a completamente satisfecho (5). Al sumar todos los elementos que hacen referencia a la satisfacción con el cuidado existe un rango que va de 0-100 dónde 100 indica la satisfacción general de todos los aspectos de la atención enfermera.

Dicha escala evidencia una consistencia interna aceptable con un α de Cronbach de 0.91 para las experiencias del cuidado recibido y un 0.96 para la satisfacción con el cuidado, lo que demuestra una buena consistencia interna y validez de constructo, la cual se realizó a partir de pacientes expertos. Los autores sugieren que esta escala sea aplicada por una persona neutral y así evitar subjetividades por parte de un enfermero del equipo.

La NSNS se ha validado para diferentes poblaciones como pacientes médicos, quirúrgicos o ginecológicos con valores de α de Cronbach que varían entre un 0.75 a 0.95 para las escalas de experiencias del cuidado recibido y de 0.93 a 0.98 para las escalas de satisfacción con el cuidado. (97–99); también se ha traducido a diferentes idiomas, haciendo uso de ella en diversos países como Jordania (98,100), Italia (101), Canadá (97), Inglaterra (102), Polonia (36), Etiopia (29,34) o Brasil (28,103), (Estambul) Turquía (104) en el ámbito de pacientes médicos y quirúrgicos.

Los autores Akin y Erdogan, (2007) obtuvieron un α de Cronbach de 0.96 para el total de la escala en una muestra de 200 pacientes y para los ítems obtuvieron un α de Cronbach con valores que iban desde 0.43 a 0,89. Un tiempo más adelante, los investigadores Findik y Serap (2010) analizaron una muestra de 229 pacientes médicos y quirúrgicos, reportando una consistencia interna de 0.95 para la escala total.

La versión traducida y validada al español (17), fue utilizada en Colombia (13,21,32,105), por Torres (2010)(105) en una muestra de 180 pacientes hospitalizados en servicios médicos, quirúrgicos y de maternidad, obteniendo un α de Cronbach de 0,83 para el concepto de experiencia con los cuidados y un α de Cronbach de 0,95 para la satisfacción con los cuidados. Asimismo, Torres y Buitrago, (2011) con la implementaron en pacientes que reciben tratamientos oncológicos en Colombia (32). La muestra concluyente fue de 75 pacientes y tuvo una fiabilidad de 0,91 para el concepto de experiencia y de 0,98 para la satisfacción, con un α

de Cronbach de 0,96 para todo el instrumento.

En Italia (99,101) se analizó las propiedades psicométricas de la versión italiana de la NSNS, dado a que ningún estudio de validez de constructo había explorado el análisis factorial después de su desarrollo, para ello, se trabajó con una muestra de 659 pacientes médicos y quirúrgicos hallando diferencias con base en los factores encontrados por los autores originales de la escala (Thomas et al., 1996). El análisis factorial concluyente presentó un factor para la escala de satisfacción y 4 factores para la escala de las experiencias: 1) la falta de cuidado o el tiempo dedicado a los pacientes para satisfacer sus necesidades, 2) el apoyo emocional, relacionado con los cuidados que les proporciona comodidad y la atención que necesitan, 3) la relación interpersonal e información, y 4) el ambiente de confianza. Los resultados obtenidos, evidencian la multidimensionalidad de la experiencia de los cuidados enfermeros. El obtener una dimensión en la sub-escala de satisfacción representa una medida unidimensional de un concepto multidimensional. Sumado a ello, el mismo autor manifiesta que existen dificultades para que los pacientes comprendan y respondan correctamente. En primer lugar, dado a la estructura del cuestionario, con afirmaciones negativas y respuestas con la polaridad invertida, y segundo por la dificultad de entender algunos de los ítems.

El CUCACE se compone de tres secciones: (i) experiencia con los cuidados recibidos de la atención de enfermería (ENCS), (ii) satisfacción con cuidados de enfermería (SNCS) y (iii) sección de información demográfica (13,22,28,96,104).

Experiencia con los cuidados de enfermería (ENCS): Experiencias en los cuidados recibidos del personal de enfermería durante la estancia en la unidad. Esta sección consta de 26 preguntas, 15 de ellas formuladas en sentido positivo y 11 en sentido negativo con siete posibilidades tipo Likert para responder. Esta sección tiene una puntuación sobre 100, correspondiendo el máximo a la mejor atención posible.

Satisfacción con los cuidados de enfermería (SNCS): en esta sección se pide al paciente su opinión sobre la atención recibida por parte de las enfermeras durante su estancia en la unidad. Consta de 19 preguntas con 5 opciones de respuestas tipo Likert. Tiene una puntuación de 100,

siendo el máximo la completa satisfacción.

Variabes sociodemográficas: esta se centra en los datos personales del encuestado: edad, sexo, nivel educativo, días de estancia en la unidad o en el servicio. También se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, estrato socioeconómico), variables relacionadas con el modelo de gestión (pública o privada), y otras variables como días de estancia y régimen de seguridad social.

Este instrumento fue seleccionado para recoger la información, debido a que permite medir la calidad desde la percepción del paciente con relación al cuidado percibido. De igual forma, destaca que los aspectos humanos de la dispensación del cuidado, las palabras, las miradas, y los gestos, también son susceptibles de ser evaluados. El cuestionario en su versión original muestra fiabilidad α de Cronbach de 0.9280 para la primera parte que mide “experiencia con los cuidados de enfermería”; y 0.9785 para la segunda parte que explora la “satisfacción con los cuidados de enfermería”

La validación al castellano realizada por Alonso y cols en el 2005, muestra fiabilidad α de Cronbach de 0.8561 para la “experiencia con los cuidados de enfermería”; y 0.9785 para la “satisfacción con los cuidados de enfermería” (17).

En Colombia, la versión en español fue usada por Torres y Manrique. El resultado de fiabilidad mostró una α de Cronbach de 0.831 para la dimensión de “experiencia con los cuidados de enfermería”, y 0.95 para la dimensión “satisfacción con los cuidados de enfermería”.

Marco normativo en Colombia

En Colombia la atención en salud se reorganizó luego de la constitución de 1991 en un Sistema General de Seguridad Social (SGSS) que incluye en un documento normativo de la protección social tanto de contingencia de salud, contingencias laborales, pensión, riesgos laborales y desempleo entre otras, todo ello consignado en la Ley 100 de 1993.

Se dejó el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, pasando a un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

La ley 100 ha tenido un número considerable de modificaciones y reformas, entre las que se pueden mencionar a groso modo las siguientes: Ley 352 de 1997 por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional; Ley 1122 de 2007, publicada en el Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; Ley 1438 de 2011, publicada en el Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

De igual manera cobra importancia la recopilación normativa contenida en el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016¹ en especial la parte 5, Título 1, Capítulo 1 que dispuso las normas en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la Atención en salud para Colombia,

A pesar de los cambios realizados a las normas genuinas, en Colombia el Estado tiene como propósito fundamental mejorar la calidad de la atención en salud. Este propósito se ha venido evidenciando con las reformas normativas que dan lugar al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que reglamenta a las instituciones prestadoras de salud y determina cuáles son los requisitos indispensables que deben tener para brindar una atención de calidad. Por eso, hoy en día es notorio ver que la calidad se ha vuelto cotidiana a todo aspecto de la gerencia. Las instituciones de salud se han interesado en dar cumplimiento y se han dado cuenta de lo importante que es dar evidencia a sus usuarios y a la sociedad misma sobre la calidad de sus servicios, con el objeto de alcanzar grandes posiciones dentro del mercado logrando las

¹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Decreto No. 780 de mayo 06 de 20166

metas y objetivos misionales.

Lo anterior indica que la calidad en los servicios de salud ha sido una preocupación permanente del sistema de salud. Hoy en día, con la reforma de la seguridad social dada por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, brindar calidad se constituye en un aspecto fundamental para las instituciones de salud, puesto que la calidad es un requisito indispensable para cumplir con la legislación actual, garantizar la supervivencia económica y la competitividad institucional.

Con relación al Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996 y Decreto 780 de 2016, la calidad de la atención en salud estaba dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debía tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.² Sin embargo, las instituciones de salud tienen hoy más que nunca la responsabilidad de evaluar la calidad de la atención, para responder efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad en el mercado. Para ello, el Estado ha redefinido el Sistema de Calidad en salud mediante la implementación del Decreto 1011 de 2006 por el cual define el SOGCS, en su artículo 2 que define la *Calidad de la atención de salud* como: “*la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios*”³

En Colombia, el ejercicio profesional de enfermería está reglamentado por la Ley 266 de 1996,⁴ que contempla el principio de calidad dentro de sus principios fundamentales, orientando a que el profesional de enfermería preste un cuidado eficiente y efectivo a la persona, familia y comunidad, que se verá reflejado en la satisfacción del usuario del servicio y de igual forma la satisfacción propia del profesional de enfermería que presta dicho servicio.

² REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Decreto No. 2174 de noviembre 28 de 1996.

³ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del SGSSS.

⁴ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 266 de 1996, por la cual se Reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

La Ley 266 de 1994 ha sido complementada con la creación de la Ley 911 de 2004⁵, bajo la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la profesión y se define el acto del cuidado de enfermería como la esencia misma de dicho quehacer. Este se debe dar a partir de la comunicación y la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente dictaminando que el profesional de enfermería deba brindar un cuidado integral y de calidad a quien le preste el servicio.

La Ley 1164 de 2007⁶, mediante la cual se dictaron disposiciones para el Talento Humano en Salud regula aspectos relacionados con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud y en tal sentido consagra como principios, entre otros, el de "calidad y efectividad", según los cuales la formación y el desempeño del talento humano deben caracterizarse por el logro de los mayores beneficios posibles en la formación y la atención, mediante el uso eficiente de los recursos disponibles garantizando en sus acciones el logro de resultados eficaces en la atención de salud individual y colectiva.

Es importante mencionar que en el momento de evaluación de esta tesis, se expidió en Colombia la Resolución 1755 de 2022, el Ministerio de Salud adopta la Política Nacional de Talento Humano de Enfermería y el Plan Estratégico 2022-2031; con este plan se busca mejorar las condiciones de formación, desempeño, gestión y desarrollo integral del personal de enfermería en el proceso de fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS y los regímenes de excepción y especiales.

Marco geográfico e institucional

Colombia es un país ubicado al extremo norte del continente sudamericano, con una población aproximada de 50 millones de habitantes, cuya capital es Bogotá, está dividido política y administrativamente en departamentos y su unidad funcional es el municipio, sin embargo por

⁵ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la Profesión de Enfermería en Colombia.

⁶ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 1164 de 2007, por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

la extensión territorial y número de habitantes algunos de ellos territorios son ciudades. Boyacá es un Departamento de los 32 existentes, con una población aproximada de 1.5 millones de habitantes, en él existen 5 ciudades principales Tunja su capital, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá y Puerto Boyacá; es uno de los departamentos más cercanos a la capital del país que es la ciudad de Bogotá distrito capital con una población aproximada de 8 millones de habitantes, funciona como una metrópoli que hoy absorbe a municipios vecinos en su dimensión territorial y política.

De acuerdo al SGSSS existen instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas, a las primeras se les denomina empresas sociales del estado y el común de la gente las sigue llamando hospitales, de acuerdo a su equipamiento tecnológico y humano y su ciudad financiera se pueden clasificar según la oferta de servicios especializados de salud en nivel de atención (del 1 al 4) siendo el 1 el más básico y elemental donde la atención es ambulatoria y los demás donde hay urgencias, hospitalización y servicios especializados médicos más complejos con ginecólogos, internistas cirujanos anestesiólogos entre otras.

En Boyacá existen un hospital de 3 y 4 nivel de atención de orden público, varias clínicas de 3 nivel del orden privado en las ciudades ya mencionadas; la red pública de hospitales de ESEs de segundo nivel que incluye 7 de ellas ubicadas estratégicamente a lo largo del territorio, quienes junto al hospital de tercer nivel ubicado en la ciudad de Tunja disponen de las camas hospitalarias públicas para internación.

En Bogotá según el Registro Especial de prestadores de servicios de salud REPS (<https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>) del Ministerio de salud, existe el distrito que se organiza en 4 subredes públicas las cuales reúnen varias instituciones hospitalarias de diferentes niveles de atención, también existe una oferta del departamento en el Hospital de la Samaritana de 3 nivel; se encuentra también el distrital, más conocido como El Instituto Nacional de Cancerología y el dermatológico Federico Lleras Acosta del orden nacional consideradas de nivel 4. La oferta de Bogotá también la componen IPS privadas tanto acreditadas como no acreditadas en las que sobresalen la Fundación Santa fe de Bogotá, Fundación Cardio infantil, Clínica Reina Sofía, Clínica Colombia, Hospital universitario Nacional, Clínica del Country,

Fundación Clínica Shaio Centro Policlínico del Olaya, Hospital Universitario San José, Hospital san Ignacio, entre otros.

Objetivos

Objetivos

General

Determinar la Calidad del cuidado enfermería percibida por los pacientes hospitalizados y su relación con características demográficas y niveles de atención de usuarios en hospitales de Boyacá y Bogotá Colombia

Objetivos Específicos

- Determinar características psicométrica (validez y fiabilidad) del CUCACE en Colombia.
- Evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes con el cuidado de Enfermería.
- Comparar el nivel de satisfacción de los pacientes y sus experiencias de acuerdo con las variables sociales, demográficas, económicas y niveles de atención y calidad de los pacientes hospitalizados.

Método

Diseño del estudio

Estudio descriptivo analítico usando el instrumento válido y confiable en dos grupos poblacionales.

El estudio de esta fase se condujo en centros hospitalarios públicos y privados de Boyacá y Bogotá, sobre pacientes dados de alta en el segundo cuatrimestre de 2019. Se tomaron 3 instituciones prestadoras de servicios de salud IPS en Bogotá y dos instituciones en Boyacá.

Población

Los servicios en los que se llevó a cabo el estudio incluyen, medicina interna, cirugía general y traumatología de los hospitales incluidos en la investigación. La selección de estas unidades se debe a las características de los usuarios, similares en cuanto a dotación de recursos humanos y materiales, con un elevado volumen asistencial.

Se incluyeron todos los usuarios dados de alta en el segundo cuatrimestre de 2019 en las unidades seleccionadas, mayores de 18 años, hospitalizados con una estancia superior a 24 horas, que aceptaron su participación en el estudio. Por otra parte, se excluyeron los cuestionarios incorrectamente cumplimentados. La selección de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo consecutivo de los usuarios dados de alta en las unidades y período mencionado.

Características del instrumento de medida

Se utilizó el cuestionario de calidad del cuidado “CUCACE” validado y adaptado en Colombia (21) a partir del NSNS que fue desarrollado por Thomas et al (96), midiendo las perspectivas que tienen los pacientes con el cuidado de enfermería desde las experiencias y la satisfacción. El

CUCACE es la adaptación al castellano realizada por Rosario et al (17), este cuestionario estructurado y autocompletado pregunta a los pacientes a través de entrevistas individuales y de grupos focales, lo que percibieron como un cuidado de enfermería de buena o mala calidad. Los temas que emergen están relacionados con la disponibilidad y la atención de las enfermeras, el grado de tratamiento individual que reciben los pacientes, la provisión de seguridad e información y la apertura de la informalidad de las enfermeras. Otros temas fueron mencionados con menos frecuencia, como el profesionalismo y la capacidad de conocimiento de los enfermeros, la organización del lugar de trabajo y el entorno de este.

Procedimiento para la recolección de la información.

La recolección se realizó por los investigadores guardando el rigor ético y metodológico. Durante el proceso, se entregó un consentimiento informado y el cuestionario CUCACE a cada uno de los pacientes que tenían orden de egreso y cumplían con los criterios de inclusión, previa explicación de la investigación y su participación en ella. De igual forma, se le explicó al paciente la importancia de responder el cuestionario sin ayuda y en privado. Para ello, se buscaron los mecanismos para que el paciente estuviese en un ambiente adecuado y se le pedía cortésmente a los familiares, amigos u otros acompañantes que no intervinieran en el proceso.

Después de diligenciado el cuestionario y el consentimiento informado, los documentos fueron guardados en un sobre de manila, sellados delante del paciente para preservar la confidencialidad de la información. La participación fue voluntaria de los pacientes extra institucional.

Registro de cuestionarios.

Se creó un registro de todos los pacientes participantes en la encuesta que incluye el nombre del paciente, edad, género, y su aprobación para participar. Dicho registro es de uso exclusivo por los investigadores para motivos de identificación solamente. En el caso de los pacientes que no quisieron participar, se anotó el motivo de su renuncia. A cada paciente participante se le asignó un código de identidad que lo identificará tanto al cuestionario como al registro. El número de códigos de los pacientes se asignó de manera consecutiva empezando por el 001.

Revisión de los cuestionarios.

Se tuvo en cuenta que los cuestionarios estuviesen diligenciados en su totalidad y con claridad. En la planeación de la recolección se vaticinó que aquellos cuestionarios devueltos totalmente en blanco, se registrarán como no respondidos.

Los datos se recogieron de acuerdo con el manual del CUCACE y se procesaron mediante un cuadro de ordenamiento de datos en Excel y el programa SPSS 23® para posteriormente ser graficados y analizados. Para el puntaje total de satisfacción y experiencia del cuidado se realizó conversión a escala de 0 a 100 puntos mediante la ecuación $x-26/156 \times 100$ para las experiencias y $x-19/76 \times 100$ para la satisfacción.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra mediante distribución de frecuencias, proporciones e intervalos de confianza al 95% (IC95%) para las variables categóricas y media, mediana, desviación típica, máximo y mínimo e IC95% para las variables continuas.

La comparación entre variables se realizó a través de Chi-cuadrado para variables categóricas y t de Student o ANOVA para variables cuantitativas. Se utilizaron pruebas no paramétricas en caso de no cumplirse las condiciones de aplicación.

Se realizaron análisis estratificados y se intentó una regresión logística para estudiar la asociación entre la satisfacción global de la atención recibida y las variables sociodemográficas, los ítems del cuestionario y los cinco ítems añadidos. Se crearon las variables dummy necesarias en caso de variables categóricas. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico Jamovi versión 3.3.2 y se consideró un nivel de significación de $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Para lograr el desarrollo del objetivo propuesto por esta investigación, se tienen en consideración los siguientes aspectos éticos, enunciados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y el Código de ética en enfermería los cuales se consideran fundamentales para el progreso del estudio.

Propiedad intelectual y derechos de autor: El derecho de autor es la protección que le otorga el estado al creador de obras literarias o artísticas desde el momento de su creación, amparados según la Constitución Política de Colombia por la Ley 23 de 1982, Código Civil art. 671, Ley 44 de 1993, Ley 603 del 2000, Decreto 1360 de 1989, Decreto 460 de 1995 y Decreto 162 de 1996, los cuales fueron tenidos en cuenta a lo largo de toda la revisión de la literatura y de la investigación, en todo momento fueron referenciados los autores de los conceptos utilizados, y se reconoció la paternidad sobre la creación de una obra o artículo.

También se tuvo en cuenta el respeto por la integridad de la obra y autonomía, es decir, no se deformó, mutilo o modifico la información utilizada, de manera que no se atentó contra el decoro de la obra o la reputación del autor; y la participación de los pacientes fue voluntaria donde tuvieron la oportunidad de retirarse en cualquier momento. Se utilizó un formato de consentimiento informado en el cual estuvo consignada toda la información y aclaraciones al respecto.

Respeto a la dignidad humana y autonomía: Es decir el paciente tuvo la libertad de elegir y determinar sus propias acciones. Se respetó la capacidad del individuo de auto determinarse y el derecho de que se le reconozca como autónomo, es decir, que cada paciente decidió participar en la investigación o no hacerlo. Incluso, una vez confirmada su participación y posible renuncia, se reconoció que los participantes podían rehusarse en cualquier momento a continuar participando sin que esto significará problemas o dificultades posteriores para ellos.

Se solicitó la autorización al comité de ética e investigación de los centros incluidos en el estudio, se presentó al comité de ética de la Asociación de Graduados de Enfermería de la UPTC en Boyacá quienes en acta 01 del 10 de octubre de 2018, aprobaron el protocolo. Se informó a los usuarios del carácter anónimo y voluntario del estudio por el personal sanitario que entregó el cuestionario y se respetó la protección de datos de acuerdo con la legislación vigente en Colombia. Asimismo, se solicitó permiso a los autores de la versión en castellano del CUCACE.

Temporalidad y muestra

El estudio descriptivo y analítico se realizó con una muestra de 1369 pacientes egresados de clínicas privadas y hospitales públicos de Bogotá y Boyacá, quienes diligenciaron el CUCACE entre junio y diciembre de 2019.

Resultados

Validez y fiabilidad del CUCACE

Para dar un soporte de menor error y mayor aceptabilidad del proceso evaluativo de satisfacción de los pacientes con el cuidado recibido, previo al estudio se realizó un abordaje psicométrico a través de un panel de 14 expertos, se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) siguiendo técnicas tradicionales, de la misma manera, ellos evaluaron la claridad, precisión y comprensión de los ítems que integran las dos sub-escalas del CUCACE. Sobre una muestra de 261 participantes egresados de los servicios de hospitalización se elaboró un análisis factorial exploratorio (EFA), confirmatorio (CFA) y de fiabilidad por consistencia interna para dar mayor validez al estudio propuesto.

El CUCACE fue adaptado de castellano (España) a español (Colombia), después de revisar ambas traducciones, se seleccionaron los términos más adecuados. Más tarde, un panel de expertos determinó la validez del contenido cuyos miembros debían revisar los 26 ítems de ENCS y 19 ítems de SNCS. El grupo de expertos consistió en 14 académicos de la facultad de enfermería especializados en administración de enfermería, enfermería comunitaria y cuidados de enfermería en el área clínica. Se les pidió que revisaran y calificaran la relevancia de cada ítem usando una escala de calificación de cuatro puntos que varía de 1 (nada importante) a 4 (muy importante). El índice de validez de contenido (IVC) de cada componente se calculó en función de las calificaciones de los expertos. La puntuación de IVC se calculó sumando los puntajes de todos los ítems que dieron los expertos con una calificación de '3' o '4'.

El criterio para retener un ítem fue que el 80% o más de los expertos coincidieran y puntuaran en de acuerdo o muy de acuerdo con la relevancia de este (106). El IVC de la versión colombiana del SNCS es del 96%. Finalmente, el SNCS fue revisado utilizando los resultados de la validez del contenido (104). La versión final de la escala de satisfacción fue probada en los 261 pacientes, considerándola eficiente.

El IVC de la ENCS arrojó un resultado del 90%, de igual manera fue probada con la población objeto y se considera eficiente.

Para evaluar las propiedades de comprensión, claridad y precisión en los ítems del ENCS y el SNCS como componentes de la validez facial, al grupo de los 14 profesionales de enfermería se suman 5 expertos en medidas psicométricas de escalas usadas en salud, estos, calificaron a “0” un ítem cuando la afirmación no es comprensible, no es clara o no es precisa y respectivamente con “1” cuando sí cumple con la afirmación.

Tabla 1. Validez facial por grupo evaluador.

Grupo evaluador	Claridad	Precisión	Comprensión
ENCS Enfermería	0,92	0,78	0,94
ENCS Experto	0,90	0,84	0,94
SNCS Enfermería	0,88	0,92	0,96
SNCS Experto	0,90	0,90	0,96

Fuente: El autor

Los indicadores mostraron excelente claridad, precisión y comprensión con independencia del tipo de evaluador de la prueba. (Tabla 1).

La edad media de las 261 personas que participaron fue 54 ± 16 años (con un rango de 18 a 81 años). La mitad de los participantes (52,5%) fueron mujeres y la mayoría estaban casadas (81%).

Para la escala ENCS el KMO fue 0.72. La prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ($X^2 = 7211,04$ Df = 325. $P < 0,01$) en el EFA y ($X^2 = 4547$ Df = 293. $P < 0,01$). Con respecto a las medidas de dispersión, los valores mínimos de ENCS fueron 86; los valores máximos fueron 152 y el valor medio fue 137,38 (DS 15,38)

Siete factores tenían un valor inicial sobre uno, explicando el 79,77% de la varianza. El análisis de componentes principales (PCA) con rotación Varimax resultó también en la solución de extracción de siete factores. El primer factor que explica el 17,77% de la varianza total incluyó

los ítems 4. 20. 5. 3. 24. 6. El segundo factor explica el 14,05% de la varianza total, incluyó los ítems 18.11.7.1. El tercer factor explica el 11,15% de la varianza total, incluyó los ítems 14.23.9.8. El cuarto factor explica el 10,91% de la varianza total, incluyó los ítems 2.16.10. El quinto explica el 9,16% de la varianza total, incluyó los ítems 21.15.13. El factor seis explica el 8,38% de la varianza total, incluyendo los ítems 17.26.12. El factor siete explica el 8,34% de la varianza total e incluyó los ítems 25.19 y 22, único con valor negativo.

Tabla 2. Modelo Factorial Exploratorio (EFA) y confirmatorio (CFA) de la sub-escala ENCS.

Model Fit Measures (EFA)

<i>RMSEA</i>	RMSEA 90% CI				Model Test		
	Lower	Upper	TLI	BIC	χ^2	df	p
0.222	0.215	0.229	0.387	1881	3145	227	< .001

Fit Measures (CFA)

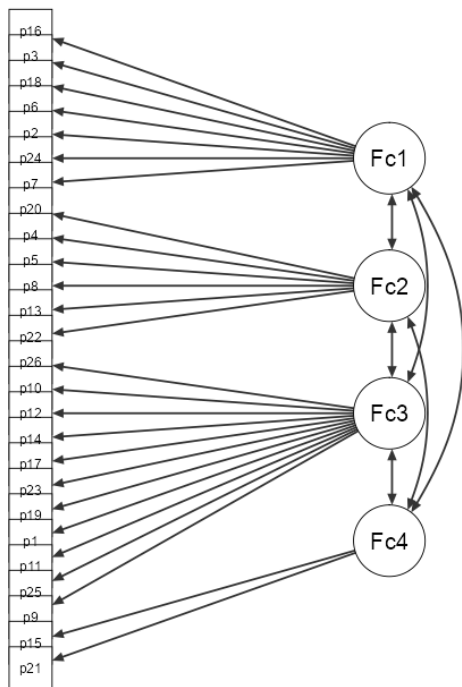
<i>CFI</i>	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC	BIC
				Lower	Upper		
0.408	0.343	0.146	0.236	0.230	0.242	17256	17556

Fuente: el autor. Método de extracción: ACP, EFA y CFA. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Conversión de la rotación en 6 componentes... Maximum likelihood' extraction method was used in combination with a 'oblimin' rotation

El test chi cuadrado (χ^2) con nivel de significación fue menor que 0,05 y la razón chi-cuadrado ($\chi^2/g.l$) fue igual a 13.85 por lo anterior no se acepta el modelo por este criterio; el Root Mean Square Residual (SRMR) fue de 0,146 superando el valor de aceptación menor o igual a 0,10; el Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) con valor de aceptación menor o igual a 0,08 fue superado en el modelo EFA y CFA con valores 0.222 y 0.236; el Bentler's Comparative Fit Index (CFI) fue de 0.408 resultando infra estimado con valor de aceptación mayor o igual a 0,90.

El EFA con rotación oblicua resultó en la solución de extracción de cuatro factores explicando el 56.5% de la varianza. El primer factor con 8 ítems, el segundo con 6, el tercer factor con 11 y el último con 2. Se apreció la distribución de los ítems en estos cuatro factores en el diagrama path. (Diagrama 1)

Diagrama 1. Diagrama path para la sub-escala ENCS



Fuente: El autor

Se analizó la consistencia interna de la ENCS usando el α de Cronbach y McDonald's ω . Los coeficientes alfa para los ítems estuvieron en un rango desde 0,889 a 0,902. El α de Cronbach de la escala es de 0,883 y la McDonald's ω fue de 0.899. El valor de la media total de la sub-escala fue de 5.38 con una desviación estándar de 0.655.

Para la escala SNCS se encontró KMO de 0,808. La prueba de esfericidad de Barlett fue significativa ($X^2 = 1749,176$ D.f = 171. $P < 0,01$). Las medidas de dispersión mostraron como valores mínimos de SNCS 45; los valores máximos de 83 y el valor medio fueron de 67,77 (DS 7,60).

Seis factores tenían un valor propio inicial sobre uno, explicando el 65,11% de la varianza. El PCA con rotación Varimax dio como resultado la solución de extracción de seis factores. El primer factor que explica el 20,60% de la varianza total, incluyó los ítems 7.13.11.10. 9. 14. El segundo factor explica el 10,40% de la varianza total, incluyendo los ítems 17.12.1. 8. Los tres factores explican el 9,44% de la varianza total e incluyeron los ítems 16.19. 4. El cuarto factor que explica el 9,29% de la varianza total, incluyó los ítems 3.15. 5. El quinto factor explica el 8,26% de la varianza total, incluyó los ítems 18.6. El factor seis explica el 7,11% de la varianza total e incluyó el ítem 2.

Tabla 3. Modelo Factorial Exploratorio (EFA) y confirmatorio (CFA) de la sub-escala SNCS.

Model Fit Measures (EFA)

<i>RMSEA</i>	RMSEA 90% CI		TLI	BIC	Model Test		
	Lower	Upper			χ^2	df	p
0.113	0.104	0.122	0.639	-188	658	152	< .001

Fit Measures (CFA)

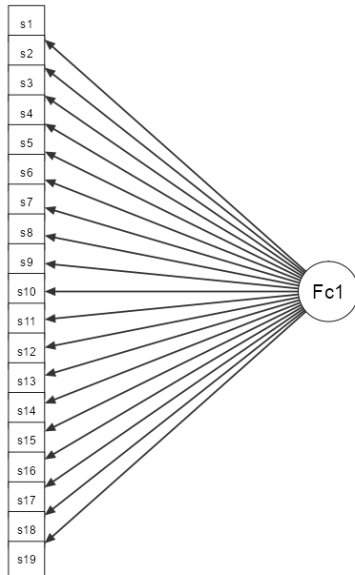
<i>CFI</i>	TLI	SRMR	RMSEA	RMSEA 90% CI		AIC	BIC
				Lower	Upper		
0.677	0.636	0.0838	0.115	0.107	0.124	9830	10033

Fuente: el autor. Método de extracción: ACP, EFA y CFA. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. Conversión de la rotación en 6 componentes. Maximum likelihood' extraction method was used in combination with a 'oblimin' rotation

El test chi cuadrado (χ^2) con nivel de significación fue menor que 0,05 y la razón chi-cuadrado ($\chi^2/g.l$) fue igual a 1.32, por lo anterior se aceptó el modelo por este criterio menor a 2; el Root Mean Square Residual (SRMR) fue de 0,0838 el cual es aceptable al ser menor o igual a 0,10; el Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) con valor de aceptación menor o igual a 0,08 fue superado en el modelo EFA y CFA con valores 0.113 y 0.115; el Bentler's Comparative Fit Index (CFI) fue de 0.677 resultando infra estimado.

El EFA con rotación Oblicua resultó en la solución de extracción de un factor que explica el 26.5% de la varianza. Todos los ítems tuvieron cargas factoriales mayores a 1. Clasificándose como una escala unidimensional para medir satisfacción. Se apreció la distribución de los ítems en este único factor en el diagrama path. (Diagrama 2)

Diagrama 2. Diagrama path para la sub-escala SNCS



Fuente: El autor

Los coeficientes alfa para los ítems estuvieron en un rango desde 0,844 a 0,867. El α de Cronbach de la escala fue de 0,863 y la McDonald's ω fue de 0.860. El valor de la media total de la sub-escala fue de 2.57 con una desviación estándar de 0.40.

Características de la población estudiada

Con escala valida, se determinó la satisfacción de los pacientes de servicios de hospitalización (medicina interna, ginecología, ortopedia y cirugía) de clínicas y hospitales de Boyacá y Bogotá, se determinó la relación entre condiciones de la clínica como calidad y acreditación, nivel de complejidad, tipo de entidad pública o privada y ciudad de ubicación. La evaluación de la experiencia con los cuidados de enfermería y la satisfacción con el servicio recibido se presentaron por separado al corroborar la independencia de las sub-escalas del CUCACE.

Se encuestaron 1500 personas y se descartaron 131 por problemas de diligenciamiento,

quedando 1369 con respuestas completas en la base de datos.

Los encuestados oscilaron entre 17 y 101 años de edad, con predominio del sexo femenino, como se observa en la tabla 4 y diagrama 3.

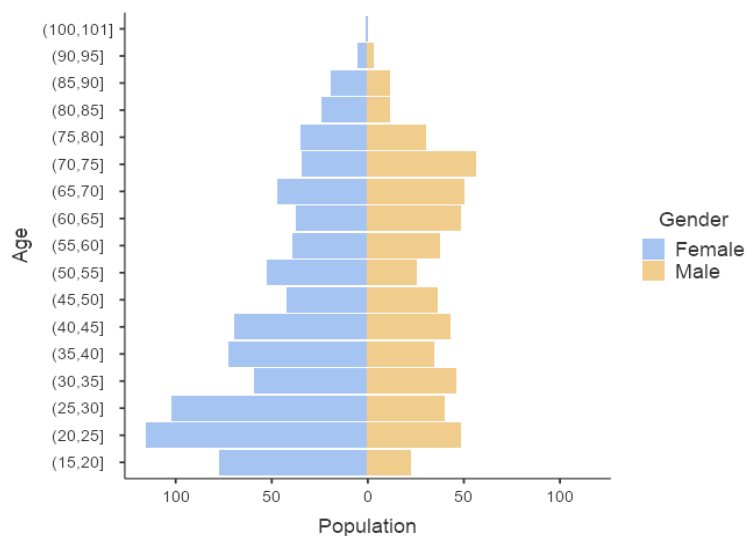
Tabla 4. Características generales de la población estudiada (n= 1369)

		Fa	% of Total
Sexo	M	540	39.4 %
	F	829	60.6 %
Zona	R	580	42.4 %
	U	789	57.6 %
Edad	Menor de 25 años	262	19.1 %
	de 25 a 50 años	519	37.9 %
	Mayores de 50 años	588	43.0 %
Días de estancia	Menos de 5 días	765	55.9 %
	de 5 a 10 días	304	22.2 %
	Más de 10 días	300	21.9 %
Escolaridad	Primaria	517	37.8 %
	Secundaria	570	41.6 %
	Técnico	146	10.7 %
	Profesional	136	9.9 %
Estrato	1	304	22.2 %
	2	733	53.5 %
	3	332	24.3 %
Tipo Institución	Clínica acreditada	460	33.6 %
	Clínica no acreditada	501	36.6 %
	Hospital Publico	408	29.8 %
Ciudad o departamento	Bogotá	961	70.2 %
	Boyacá	408	29.8 %
Nivel de atención	II	440	32.1 %
	III	929	67.9 %
La atención podría ser mejorada	Si	430	31.4 %
	No	939	68.6 %
Valoración general de la Atención recibida	Negativa	18	1.3 %
	Indiferente	79	5.8 %
	Positiva	1272	92.9 %

Fuente: El autor. Fa: Frecuencia absoluta

La mayoría de pacientes proceden del sector urbano con una estancia inferior a 5 días, con escolaridad hasta la secundaria y de estratos sociales de 1 a 3 con predominio del 2, proceden de clínicas no acreditadas por el SOGC, bogotanos, atendidos en el 3 nivel de atención, quienes informaron que fue positiva en forma general su atención pero un número importante consideró que se puede mejorar, como se observa su distribución en forma absoluta y relativa en la Tabla 4. La edad media es de 46,79 años DE: 20.5, mayor en hombres 51.02 DE: 19.63 que mujeres 44.04 DE: 20.6. La estancia media fue 7.5 días. La distribución por edad y género de los participantes se aprecia en el diagrama 3 de la pirámide poblacional.

Diagrama 3. Pirámide poblacional de los participantes



Fuente: El autor

Experiencia y Satisfacción con los cuidados de enfermería

El cuestionario CUCACE como se dijo anteriormente, se compone de dos subescalas, la primera de experiencias de cuidado (ENCS) y la segunda de satisfacción (SNCS) con las cuales se indagó a los participantes obteniendo los siguientes resultados.

Las escalas finales se interpretaron en una rango de 0 a 100 puntos, la experiencia tiene una media de 76,6 y la satisfacción de 70.3, las demás medidas de posición y dispersión se observan en la Tabla 5.

Tabla 5. Medidas de Posición y Dispersión de la percepción de Experiencia y Satisfacción con los cuidados de enfermería (n= 1369)

	Experiencia	Satisfacción
N	1369	1369
Missing	0	0
Mean	76,6	70,3
Median	78,2	72,4
Mode	92,3	75,0
Standard deviation	15,1	17,5
Variance	2,29	3,06
IQR	25,6	22,4
Range	68,6	94,7
Minimum	31,4	52,6
Maximum	100	100
Skewness	-0.558	-0.555
Std. error skewness	0.0661	0.0661
Kurtosis	-0.729	0.0911
Std. error kurtosis	0.132	0.132
Shapiro-Wilk W	0.930	0.970
Shapiro-Wilk p	< .001	< .001
25th percentile	66,0	59,2
50th percentile	78,2	72,4
75th percentile	91,7	81,6

Fuente: El autor

Diagrama 4. Survey Plots de las medidas de Experiencia y Satisfacción con los cuidados de enfermería (n= 1369)



Fuente: El autor

Al estudiar la percepción de la experiencia del cuidado por sexo de los participantes, se observó que no existen diferencias estadísticas en la media, como tampoco al estratificarla por zona de procedencia urbana o rural de los participantes y tampoco según el grado de escolaridad medido en las cuatro categorías que se observan en la Tabla 6.

Tabla 6. Distribución de la percepción de Experiencia con los cuidados de enfermería estratificados pro variables sociodemográficas (n= 1369)

Variables	N	Mean	SD	Statistics	P	Shapiro-Wilk		
						W	p	
Sexo *	M	540	76,7	15,8	0,0693	0,945	0.916	< .001
	F	829	76,6	14,7			0.939	< .001
Zona *	R	580	76,9	14,8	0,5233	0,601	0.933	< .001
	U	789	76,4	15,3			0.928	< .001
Edad **	Menor de 25 años	262	77,8	14,2	7,5336	<,001	0.933	< .001
	de 25 a 50 años	519	78,1	14,7			0.914	< .001
	Mayores de 50 años	588	74,8	15,7			0.941	< .001

Resultados

Días de Estancia **	Menos de 5 días	765	75,7	14,2	8,353	<,001	0.952	< .001
	de 5 a 10 días	304	79,8	15,8			0.865	< .001
	Más de 10 días	300	75,8	16,2			0.909	< .001
Escolaridad **	Primaria	517	75,6	15,9	0,2393	0,083	0.925	< .001
	Secundaria	570	76,6	14,8			0.940	< .001
	Técnico	146	78,5	14,1			0.915	< .001
	Profesional	136	78,5	14,6			0.906	< .001
Estrato **	1	304	80,3	14,2	13,3	<,001	0.885	< .001
	2	733	76,0	15,3			0.936	< .001
	3	332	74,7	15,1			0.946	< .001
Tipo de IPS **	Acreditado	460	74,4	12,66	518,42	<,001	0.973	< .001
	No Acreditado	501	67,9	14,00			0.957	< .001
	Hospital	408	89,9	8,31			0.617	< .001
Ciudad *	Bogotá	961	71,0	13,76	-25,86	<,001	0.971	< .001
	Boyacá	408	89,9	8,31			0.617	< .001
Nivel de Atención *	2	440	85,0	10,6	15,15	<,001	0.860	< .001
	3	929	72,7	15,3			0.959	< .001
La atención podría ser mejorada "	Si	430	73,1	15,3	-5,874	<,001	0.959	< .001
	No	939	78,2	14,8			0.914	< .001
Valoración general de la Atención recibida **	Negativa	18	70,3	19,8	8,74849	<,001	0.874	0.021
	Indiferente	79	69,4	16,8			0.961	0.017
	Positiva	1272	77,2	14,8			0.928	< .001

* Test T DF1367

** ANOVA (Welch's F)

Fuente: El autor

En la Tabla 6 se observan diferencias estadísticas significativas $p < 0,01$ de la media, para la experiencia del cuidado según la edad de los participantes con una mejor percepción en el grupo de 25 a 50 años o adultos jóvenes, los pacientes con una estancia media de 5 a 10 días tienen una mejor percepción de la experiencia. Las personas con menos capacidad económica o estrato 1 tienen un mayor puntaje en experiencia frente a los de mejor condición económica estratos 2 y 3. Cabe resaltar que las personas egresadas de hospitales públicos tienen una mejor experiencia frente a las clínicas privadas acreditadas y no acreditadas, de igual manera se observa una diferencia importante entre la percepción de los usuarios en el departamento de Boyacá frente a Bogotá como ciudad capital. El egresado del nivel de atención inferior 2 tiene una mejor experiencia que los egresados de mayor complejidad 3. Es muy congruente la media obtenida de los pacientes que consideran que el servicio puede mejorar, califican su experiencia por debajo de aquellos que no ven que pueda ser mejor de lo recibido. Y en forma general los que están satisfechos y han valorado positivamente su atención tiene una mejor percepción de experiencia del cuidado frente a los negativos y neutros.

Ahora cuando analizamos la Escala de Satisfacción, que mide según la psicometría en forma unidimensional un constructo único podemos observar que hay menos diferencias significativas entre diversos grupos estudiados. En la percepción de la satisfacción con los cuidados de enfermería NO hay diferencias por sexo de los participantes, zona de procedencia, nivel de escolaridad, estrato social y ciudad/departamento de atención. Tabla 7.

Se observaron diferencias importantes con $p < 0,05$ para la edad, siendo mayor la percepción de satisfacción en los menores de 25 años frente a los otros grupos, mejor percepción en los pacientes con días de estancia menor a 5 días. Una diferencia significativa $p < 0,01$ en la media de satisfacción con los cuidados de enfermería es el tipo de institución donde la acreditación juega un papel importante ya que existe mayor satisfacción con las instituciones acreditadas y se relaciona con su nivel de complejidad, los pacientes de instituciones de tercer nivel están más satisfechos, la diferencia también está presente en los que perciben que no es posible mejorar y en aquellos que su nivel global es positivo. Tabla 7.

Tabla 7. Distribución de la percepción de Satisfacción con los cuidados de enfermería estratificados pro variables sociodemográficas (n= 1369)

Variables	N	Mean	SD	Statistics	P	Shapiro-Wilk		
						W	p	
Sexo *	M	540	70,8	16,8	0,9040	0,3660	0.974	< .001
	F	829	69,9	17,9			0.967	< .001
Zona *	R	580	70,0	18,6	-0,4793	0,6320	0.967	< .001
	U	789	70,5	16,6			0.972	< .001
Edad **	Menor de 25 años	262	71,4	18,1	2,9730	0,0520^	0.967	< .001
	de 25 a 50 años	519	71,2	16,3			0.970	< .001
	Mayores de 50 años	588	68,9	18,2			0.970	< .001
Días de Estancia **	Menos de 5 días	765	71,4	17,9	3,8899	0,0210 ^	0.969	< .001
	de 5 a 10 días	304	69,2	16,5			0.968	< .001
	Más de 10 días	300	68,5	17,2			0.957	< .001
Escolaridad **	Primaria	517	69,0	18,0	2,4380	0,0640	0.962	< .001
	Secundaria	570	71,8	17,3			0.970	< .001
	Técnico	146	69,9	16,2			0.984	0.092
	Profesional	136	69,2	17,4			0.957	< .001
Estrato **	1	304	69,9	15,4	1,2371	0,2910	0.977	< .001
	2	733	69,8	17,9			0.965	< .001
	3	332	71,6	18,4			0.958	< .001
	Acreditado	460	76,7	18,4			< .001	0.922

Resultados

Tipo de IPS **	No	501	65,2	19,2			0.978	< .001
	Acreditado				47,1800			
	Hospital	408	69,2	10,9			0.957	< .001
Ciudad *	Bogotá	961	70,7	19,6			0.960	< .001
	Boyacá	408	69,2	10,9	1,4650	0,1430	0.957	< .001
Nivel de Atención *	2	440	66,9	13,9	-4,952	< .001	0.983	< .001
	3	929	71,9	18,8			0.951	< .001
La atención podría ser mejorada	Si	430	66,5	19,4	-5,45	< .001	0.977	< .001
	No	939	72,0	16,3			0.970	< .001
Valoración general de la Atención recibida **	Negativa	18	58,1	27,2		< .001	0.916	0.108
	Indiferente	79	59,6	20,9	13,1100		0.958	0.010
	Positiva	1272	71,1	16,8			0.971	< .001

* Test T DF1367

** ANOVA (Welch's F)

^ P < 0.05

Fuente: El autor

Discusión

Al probar las propiedades psicométricas de la versión en español colombiana del CUCACE, la evaluación de la validez de constructo, se encontraron varios factores que constituyen las escalas NSNS. El análisis factorial de la escala "Satisfacción con la enfermería" mostró un único factor denominado Satisfacción con la Enfermería que explica solo el 65,11% de la varianza total de los ítems. Esto es consistente con el análisis factorial realizado por los autores del instrumento original (96) y la versión italiana con 68,6%, (99).

El IVC del SNCS en este estudio fue 96%, valor por debajo de la versión turca (104) con el 98%, lo que indica un nivel aceptable de validez de contenido. En el estudio de Turquía, las correlaciones entre los ítems individuales van de 0,43 a 0,89 y la consistencia interna del SNCS evaluado por el α de Cronbach es 0,96, en relación con nuestro estudio con 0,863. La media del SNCS para la muestra colombiana fue consistente con las muestras de inglés, turco y jordán publicadas anteriormente.

Se encontró una buena consistencia interna evidenciada por un α de Cronbach de 0,883 para la subescala de experiencia y de 0,8635 para la subescala de satisfacción, lo anterior es similar a lo evidenciado por Thomas (96) quien encontró una consistencia interna de 0,91 para la dimensión de experiencia y 0,96 para la dimensión de satisfacción y las correlaciones entre los ítems individuales y el total varió de 0,31 a 0,69 para la subescala de experiencia (24 de 26 excedió 0,4) y de 0,53 a 0,82 para la subescala de satisfacción.

Al igual que lo reportado por Rosario Alonso en 2002 (17), quien encontró un α de Cronbach de 0,8561 para la ENCS y de 0,9744 para la SNCS. Esto lo hace un instrumento de fácil administración para la medición de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados, por lo cual es recomendado para tal fin.

En la versión en español (idioma Gallego), el α de Cronbach era 0,9280 en la escala ENCS y 0,9744 para la SNCS (17). Las versiones en otros idiomas del Newcastle Satisfaction Nursing Scale (NSNS) en sus etapas de validación psicométrica han encontrado α de Cronbach muy cercanos a los de este trabajo; Polonia encontraron un α de Cronbach era 0,9280 en la escala ENCS y 0,9744 para la SNCS análisis factorial de la escala Experiencias de escala de enfermería

(ENCS). Se extrajeron 4 factores, que explicaron alrededor del 42% en la versión italiana. (99)

El presente estudio evaluó la satisfacción de los pacientes con la enfermería atención que recibieron y la relación entre la satisfacción del paciente y las características del paciente.

Los resultados de la evaluación de experiencia y satisfacción de los estudiados con el CUCACE mostraron algunas diferencias con variables sociodemográficas de los participantes. Se encontró en el presente estudio en Colombia con la versión en castellano que la media de valoración para experiencias fue de 76.6 y para el constructo satisfacción fue de 70.3 sobre 100 puntos posibles.

Al revisar otros estudios relacionados, se encontró que los pacientes estaban muy satisfechos con los servicios de alojamiento prestados por las enfermeras, el nivel de habilidades prácticas de las enfermeras y la capacidad de ellas para fomentar, confiar, dar explicaciones y responder preguntas (27,102,107–110); en dichos estudios se encontró que el 81% (n = 2045) de los pacientes estudiados evaluaron la capacidad de cuidar y niveles de educación y experiencia de las enfermeras como excelentes.

Kug̃uog̃lu et al. (2006), en su estudio de evaluación de la calidad (111), determinaron que los pacientes estaban extremadamente satisfechos con los cuidados prestados por las enfermeras (puntuación media = 3,984, P = 0,001; n = 1200). Söyü̃k et al. (2001) informó que los pacientes en unidades de cuidados intensivos estaban satisfechos con los servicios que brindan las enfermeras en términos de fomento de la confianza, brindando explicaciones y al responder preguntas (83%; n = 24) (108). Además, O'Connell et al. (1999) encontró que las puntuaciones de satisfacción de los pacientes, con respecto a la enfermería, fueron extremadamente altos (puntuación media en una escala de 140 puntos = 115; n = 105) (107).

Un estudio realizado por Merkouris et al. (2004) involucró preguntas abiertas sobre las características demográficas, previas experiencias hospitalarias y tipos de enfermedades de los pacientes. Los investigadores encontraron que los pacientes estaban satisfechos con los cuidados de enfermería en términos de que las enfermeras proporcionen cuidado, sean hábiles, lleguen a tiempo y mantengan el cuidado (27).

El presente estudio también mostró que los niveles de satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería eran altos. El sexo de los pacientes también afecta a su percepción de satisfacción, evidenciando que los pacientes masculinos fueron más satisfechos con el cuidado de enfermería que las pacientes del sexo femenino pero no hubo diferencia estadísticamente significativa. Este resultado difiere de estudios previos (26,112). Hargraves et al. (2001) encontró que las mujeres reportaron más problemas con la atención hospitalaria que los hombres (113).

Las pacientes femeninas dan más importancia a su salud que los pacientes masculinos (114) y tienden a ser evaluadores e incluso administradores de prácticas de cuidado, no solo para ellos mismos sino también para otros miembros de su familia (por ejemplo, niños) (112,115). Dado el papel decisivo de pacientes mujeres dentro del plan de cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente aumenta en una organización donde los cuidados de enfermería son brindados por enfermeras (26).

El nivel de educación es de gran importancia para determinar la satisfacción del paciente. En este estudio, un mayor nivel educativo se asoció con un menor nivel de satisfacción con una diferencia estadística muy al borde $p=0,06$. Radwin (2003), también informó que los pacientes con educación superior tenían niveles más bajos de satisfacción (115). De manera similar, Bredart et al. (2003) y Quintana et al. (2006) encontraron que los pacientes quienes se mostraron complacidos con las prácticas de atención que recibieron tienden a tener un nivel de educación más bajo (116,117). Estos estudios apoyan los resultados de esta investigación, la cual sugiere, que los pacientes con niveles educativos más altos tenían niveles de satisfacción más bajos.

Los menores niveles de satisfacción de los pacientes más educados pueden explicarse por sus expectativas de mayor estándar en comparación con pacientes con un nivel educativo más bajo (118,119). Pacientes con los niveles más altos de educación probablemente exigen más sobre el cuidado de enfermería, lo que podría generar expectativas de más información y un mayor nivel de educación de las enfermeras (26). En un estudio realizado por O'Connell et al. (1999), una proporción de los pacientes se quejó del comportamiento de las enfermeras, incluido el hecho de no compartir suficientes conocimientos y dedicar un tiempo insuficiente. El intercambio de

conocimientos y reserva de tiempo necesario para el paciente, junto con esforzarse por brindar un cuidado de enfermería óptimo, son factores importantes que aumentan la satisfacción del paciente (Yilmaz, 2001; Johansson et al., 2002)

Las puntuaciones medias en la SNCS para los grupos de edad, fueron más altos en los conjuntos de pacientes más jóvenes. La edad de los pacientes atendidos es la más característica consistente que define su satisfacción con los cuidados de enfermería prestados (Thi et al., 2002). Un estudio previo encontró que la puntuación media de la SNCS de los pacientes mayores era mayor que la de los pacientes más jóvenes (120). Jaipaul y Rosenthal (2003) determinaron que el nivel de satisfacción de los pacientes mayores aumentaba en paralelo con el deterioro de su estado general de salud (121). Cuando se revisa la literatura, se encuentra una relación inversa a lo hallado en el presente estudio, determinando que los pacientes de edad avanzada han informado estar más satisfechos con la atención de enfermería brindada en comparación con pacientes más jóvenes (26, 51, 89, 118,121). Además, los pacientes jóvenes cumplieron menos con las prácticas de atención de la salud (51). Factores que tienden a aumentar la satisfacción de los pacientes más jóvenes con el cuidado que reciben incluyendo determinar las razones de la insatisfacción, formar buenas relaciones y aceptar al paciente como individuo (25, 27,51).

En este estudio, las puntuaciones medias de la SNCS de los pacientes de estratos que manifiestan ingresos bajos (69.9 puntos) eran menos altos que los de los pacientes de estrato 3 (71.6) que ganaban un ingreso intermedio sin diferencia estadísticamente significativa. Otros estudios han demostrado que los pacientes con mayores ingresos eran más satisfechos y que los pacientes de bajos ingresos reportaron más problemas (104,122). Tukul et al. (2004) observaron que los pacientes de todos los niveles de ingresos estaban satisfechos con el servicio que recibieron de un hospital (la proporción de pacientes que estaban satisfechos varió de 78,5% a 85,4%; n = 650) (109). Se revisaron artículos sobre el tema de la satisfacción del paciente, Crow et al. (2002) encontraron que el efecto de la situación socioeconómica, el nivel de satisfacción del paciente fue equívoco (46). Las expectativas de los pacientes con bajos ingresos son menores y su nivel de satisfacción es mayor. También se ha reportado que, a medida que aumenta el nivel de ingresos de los pacientes, el porcentaje de ellos que están satisfechos con el servicio prestado por el personal hospitalario disminuye (51). Se supone que el tratamiento exitoso de los

problemas relacionados con la salud, problemas de los pacientes de nivel socioeconómico bajo por parte de las instituciones mejora en satisfacción con el proceso de atención.

La duración de la estancia hospitalaria fue de 1 a 74, y la media fue de 7,5 días en el presente estudio; el 78% (n=1069) de los pacientes permaneció entre 0 y 10 días hospitalizado; esta variable mostró diferencias estadísticamente significativas sobre la media tanto en la experiencia del cuidado como en la satisfacción. Kug˘uog˘lu et al. (2006) también informó que la mayoría de los pacientes en su estudio permaneció en el hospital entre 0 y 10 días (68%; n = 817) (111). La puntuación media de la ENCS de los pacientes que permanecieron en el hospital más de 10 días fue superior a la de los pacientes que permanecieron de 0 a 10 días. Del mismo modo, Tokunaga y Imanaka (2002) demostraron que los niveles de satisfacción de los pacientes que pasaron > 1 mes en el hospital fueron significativamente mayor que los que se quedaron por un período más corto, relación inversa a lo encontrado en el presente estudio (123). Pacientes que experimentan un mayor número de episodios de cuidados de enfermería también es probable que experimenten una gama más amplia de niveles de calidad de cuidado (115). Puede ser difícil para las enfermeras responder a todas las preguntas de los pacientes que están hospitalizados por periodos cortos y formar buenas relaciones con ellos. Durante una estancia corta en el hospital, los pacientes pueden no distinguir entre la atención de enfermería y la del hospital general, la experiencia como fuente de su satisfacción o insatisfacción (107). La duración de la estancia hospitalaria es un parámetro importante en la evaluación de la satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería.

Es necesario evaluar la satisfacción del paciente para determinar la calidad de las prácticas de cuidado de enfermería. Las características del paciente afectan la satisfacción del cuidado de enfermería, características tales como recibir tratamiento en salas de cirugía, ser hombre, tener un bajo nivel de educación e ingresos, ser anciano y estar hospitalizado por un largo período se relacionan con un alto nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería. La mayoría de los pacientes que reciben tratamiento en hospitales públicos en Colombia tienen estas características (124). Esta información es muy importante para poder aumentar la satisfacción del paciente con la atención de enfermería.

Con la versión Polaca del NSNS (36) se estudió la experiencia y satisfacción con los cuidados enfermeros en 787 pacientes, la media en cuanto a experiencia fue de 73.22 y para satisfacción 74.98, no encontrando relación con el nivel de educación de los pacientes; la edad presentó diferencias significativas con la satisfacción y ninguna diferencia con la experiencia de cuidado, sobresale que el tipo de institución y el servicio asistencial mostraron diferencias significativas, lo que en este estudio se corroboró con entidades de mayor nivel de complejidad ubicadas en el distrito capital coincidiendo con lo encontrado en Polonia. Se encontraron diferencias en la satisfacción entre hospitales públicos y privados, similar a lo encontrado en la versión Inglesa del NSNS.

Los resultados demostraron un grado muy alto de satisfacción con la atención de enfermería que dejaba en duda la capacidad discriminatoria de la escala, aunque se demostraron sus beneficios potenciales en el establecimiento de estándares. Se necesitan más estudios de evaluación si se quieren aprovechar plenamente los beneficios potenciales de la NSNS. Los estudios generalmente encontraron que los niveles de satisfacción de los pacientes eran altos.

Aunque en los países anteriormente mencionados los pacientes y las condiciones existentes eran diferentes, los factores que afectaban la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería fueron similares. Buenas relaciones entre pacientes y enfermeras, alto nivel de conocimiento por parte de ellas, educado el comportamiento de los pacientes, ahorrando tiempo para el cuidado de los mismos y sus necesidades y responder a las expectativas de los pacientes fueron los factores que aumentaron la satisfacción (26, 110,125–127).

Estudios previos han considerado si las características de los pacientes afectan su satisfacción con los cuidados de enfermería (21, 46, 51, 112, 114, 117, 128,129). Los pacientes de mayor edad y del sexo masculino mostraron mayores niveles de satisfacción, mientras que los más jóvenes, las mujeres y los de los niveles socioeconómicos más altos demostraron niveles más bajos de satisfacción (13, 31, 32, 51, 110,130). Jaipaul y Rosenthal (2003) encontraron que la puntuación de satisfacción de pacientes de edad avanzada fue mayor que la de los pacientes más jóvenes (> 50 años: puntuación media = 71,9, < 50 años: puntuación media puntuación = 68,1, $P < 0,001$; $n = 64\ 900$) (121). Quintana et al. (2006) encontró mayores niveles de satisfacción para los

pacientes mayores (> 50 años de edad: puntuación media = 80,2, < 50 años de edad: media puntuación = 75, $P < 0,001$), pacientes varones (hombres: puntuación media = 67,9, mujeres: puntuación media = 65,2, $P < 0,001$), y aquellas con una puntuación más baja en cuanto a nivel educativo (sin escolaridad/educación primaria) nivel: puntuación media = 67,3, educación secundaria/universitaria nivel: puntuación media = 64,8, $P < 0,01$; $n = 1910$) (117). A diferencia de, Bredart et al. (2003) y Radwin (2003) se halló diferencia entre los niveles de satisfacción mostrados por hombres y mujeres (115,116).

Efectos sobre la satisfacción de enfermería. Por ejemplo, en un estudio realizado en pacientes oncológicos, Can et al. (2008) encontró que los pacientes varones con altos niveles de ingresos tenían niveles más bajos de satisfacción ($ZMW = 2.31$, $P = 0.021$ y $c2 KW = 6,59$, $P = 0,037$, respectivamente; $n = 54$)(131), los mismos investigadores determinaron que, a medida que aumentaba la edad y la duración de la hospitalización, el nivel de satisfacción del paciente tiende a ser mayor ($r = 0,27$, $P = 0,02$ y $r = 0,32$, $P = 0,02$, respectivamente; $n = 54$). En otro estudio, Önsüz et al. (2008) encontraron que el grupo de personas de mediana edad tenían niveles de satisfacción más altos que el grupo más joven (puntuación media = 45,72 [DE = 20,82], $P = 0,038$; $n = 155$), pero no se determinó la correlación entre el nivel de educación y satisfacción ($P = 0,596$) (132). El efecto de las características de los pacientes sobre su nivel de satisfacción con los cuidados de enfermería es por lo tanto incierto (13, 21,133).

La satisfacción del paciente también depende del problema de salud para el cual el paciente está siendo tratado y la duración de la hospitalización (26, 85, 114, 115,134). La tasa de satisfacción del paciente puede diferir debido a factores como la edad, el sexo, la educación, el nivel socioeconómico, comorbilidades y duración de la estancia hospitalaria. Las percepciones de satisfacción con el cuidado de enfermería se han visto afectadas por las características (119).

Conclusiones

Conclusiones

El instrumento CUCACE elegido como escala de medición de calidad del cuidado de enfermería permitió evaluar de forma asertiva el nivel de satisfacción de los pacientes dados de alta de medicina interna, cirugía general y traumatología de los hospitales incluidos en la investigación, teniendo en cuenta que los resultados fluctúan de acuerdo a las características de la población como la edad, el sexo, nivel educativo, condición sociodemográfica, tiempo de permanencia en la hospitalización, así como el desempeño de los enfermeros en su ejercicio profesional favoreciendo aquellas conductas enfocadas hacia la empatía, la cordialidad, la dedicación y el conocimiento propio de su área.

El nivel de satisfacción de los pacientes y sus experiencias frente a las variables sociales, demográficas, económicas, niveles de atención y calidad del cuidado deja entrever que según la condición de la persona, cada vivencia particular tiene características similares reflejadas de forma grupal, no obstante, existe versatilidad comparativa entre ciertos grupos y otros de acuerdo a las variables trabajadas y a la percepción individual frente al colectivo lo que enriquece el estudio con la información hallada y analizada.

Conclusiones

Las expectativas de los pacientes sobre el cuidado de enfermería ya mencionadas son hallazgos comunes en la mayoría de los estudios. Es un hecho conocido que la satisfacción de los pacientes aumenta cuando se satisfacen sus necesidades (como las relaciones interpersonales, ser aceptado como individuo y participar en la toma de decisiones), sin embargo, si el medio ambiente, los factores y su comodidad son ignorados, su insatisfacción aumenta (25, 57, 102,135).

Establecer una comunicación clara y proporcionar información sobre los cuidados de enfermería son un requisito previo para la satisfacción del paciente. Ellos afirman que la información juega un papel importante en su satisfacción. Los pacientes también enfatizan que si se quiere entender a las enfermeras, la información que dan debe ser clara y comprensible. También se ha informado que los pacientes que son informados de los procedimientos clínicos aumentaron su calidad asistencial.

El factor más importante para animar a los pacientes a participar en el cuidado de su salud es la información y la formación que brindan las enfermeras. (13, 21,26).

Recomendaciones

Recomendaciones

A los hospitales y clínicas se recomienda ajustar el servicio ofertado, brindando expectativas y prioridades reales, para ello, se recomienda indagar la opinión, experiencias y vivencias de los pacientes a través de instrumentos validados que permitan conocer la percepción real y la calidad de los cuidados recibidos durante su estancia hospitalaria.

La atención sanitaria debe ser analizada desde la participación de las personas como valor fundamental, llevando un proceso de forma más individualizada, brindando mayor importancia a los cuidados centrados en el paciente quien es un sujeto activo de la atención sanitaria siendo el indicador primordial de calidad asistencial.

Es recomendable continuar los procesos de validación de instrumentos usados en el sistema de salud que permitan conocer de manera integral desde la óptica del paciente la experiencia del cuidado ya que los enfoques holísticos permiten incorporar todos los factores que intervienen en la satisfacción y de esta manera lograr la interacción entre las variables que afectan a las apreciaciones de los usuarios.

Con base en los estudios realizados, instruir tanto a los profesionales de enfermería como a los futuros enfermeros en los cuidados del paciente y atención sanitaria teniendo en cuenta las opiniones de los pacientes, con el fin de corregir aquellos aspectos técnicos y personales que opaquen la prestación de un buen servicio.

Conflictos de interés y financiación

Conflictos de interés

El autor y la directora declaran que no tienen conflictos de interés en relación con la presente tesis doctoral.

Publicaciones

- Manrique-Abril FG, Maciá-Soler ML, Herrera-Amaya GM, Cifuentes-Rodríguez JE, González-Chorda VM. Cuestionario de calidad del cuidado de enfermería (CUCACE): Validez y fiabilidad en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2021; 23(4):1-6 (21).
- Cifuentes Rodríguez JE, Díaz Álvarez JC, González-Chorda VM, Herrera-Amaya GM, Macia-Soler ML, Manrique-Abril FG, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de percepción y satisfacción con el cuidado de enfermería (CUCACE) en Colombia. En: Chaparro L, editor. *Avances de investigación en la Facultad de Enfermería*. Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad nacional de Colombia; 2021. p. 152 (22).

Referencias

Referencias

1. Torres Maritza; Vásquez Carmen. La Calidad: Evolución de su significado y aplicación en servicios. *Publicaciones en Ciencias y Tecnol.* 2010; 4(2):25-32.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [Internet]. Vol. 83, *Milbank Quarterly*. 2005 [citado 31 de mayo de 2019]. p. 691-729. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
3. Vasco Eiriz JAF. Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *Health Care (Don Mills)* [Internet]. 2005 [citado 31 de mayo de 2019]; 18(6):404-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1108/09526860510619408>
4. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspect Public Health* [Internet]. 2017 [citado 31 de mayo de 2019]; 137(2):89-101. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757913916634136>
5. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher ML. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *Int J Res Med Sci.* 2017;3(8):1825-31.
6. Berkowitz B. The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. *OJIN Online J issues Nurs* [Internet]. 2016 [citado 31 de mayo de 2019]; 21(1): Manuscript 1. Disponible en: <http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-21-2016/No1-Jan-2016/The-Patient-Experience-and-Patient-Satisfaction.html>
7. Köberich S, Farin E. A systematic review of instruments measuring patients' perceptions of patient-centred nursing care. *Nurs Inq* [Internet]. 2015 [citado 31 de mayo de 2019]; 22(2):106-20. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nin.12078>
8. Alasad J, Tabar NA, AbuRuz ME. Patient satisfaction with nursing care: measuring outcomes in an international setting. *J Nurs Adm.* 2015; 45(11):563-8.
9. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Qualidade do cuidado de enfermagem percebida

Referencias

por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015; 15(3):413-25.

10. World Health Organization (WHO). Constitución [Internet]. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution><https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. 2020 [citado 4 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
11. Jiménez y Villegas, María del Carmen; Ortega Vargas, María Carolina; Cruz Ayala GC, Corchado, Maricela; Quintero Barrios MM, Mendoza Romero, Evelia; Antúnez de la Rosa M del R. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Rev Mex Enfermería Cardiológica* [Internet]. 2003 [citado 4 de octubre de 2021]; 11(2):58-65. Disponible en: https://www.google.com/search?q=JIMÉNEZ+M.+et+al.+Satisfacción+del+usuario+como+indicador+de+calidad.+Revista+Mexicana+de+Enfermería+Cardiológica.+2003%3B+2%3A58-65&ei=4otaYaaQENOdwbkPhoOG0AI&ved=0ahUKEwimidWH_q_zAhXTTjABHYaBASoQ4dUDCA4&uact=5&coq=JIMÉNEZ+
12. Salcedo-Álvarez, RA; Zárate-Grajales, RA; Zarza-Arizmendi, MD; Reyes-Audiffred, V; Rubio-Domínguez, S; Fajardo-Ortiz G. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. *Rev Mex Enfermería Cardiológica* [Internet]. 2007 [citado 4 de octubre de 2021]; 15(1):19-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=12232>
13. Lenis-Victoria CA, Manrique-Abril FG. Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados. *Aquichan*. 2015;
14. Sierra Herrera, M., Cardona Cardona, L., Bernal, Segura., Forero Rozo A. Percepción del cuidado de Enfermería en diferentes Instituciones Hospitalarias de la Ciudad de Bogotá. *Av en Enfermería*. 2006; 24(1):68-72.
15. Ariza; Daza R. Sobre Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de Tercer Nivel en Bogotá. *Actual en Enfermería*. 2005; 8(3):8-14.
16. Bautista R. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan* [Internet]. 2009; 8(1):74-84. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/125>
17. Alonso R, Blanco-Ramos MÁ, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de

Referencias

cuidados de enfermería. *Rev Calid Asist.* 2005; 20(5):246-50.

18. Irvine, DD., Sidani, S., Keatings, M., Doidge D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *J Adv Nurs.* 2002; 38(1):29-39.
19. Macia Soler, ML; Moncho Vasallo J. Sistema Nacional de Salud Español. Características y Análisis. *Enfermería Glob.* 2007; 6(1):1-14.
20. Barragán Becerra JA, Manrique-Abril FG. Validez e confiabilidade do SERVQHOS para enfermagem em Boyacá, Colombia. *Av en Enfermería.* 2010; 28(2):48-61.
21. Manrique-Abril FG, Maciá-Soler ML, Herrera-Amaya GM, Cifuentes-Rodríguez JE, González-Chorda VM. Cuestionario de calidad del cuidado de enfermería (CUCACE): Validez y fiabilidad en Colombia. *Rev Salud Pública.* 2021; 23(4):1-6.
22. Cifuentes Rodríguez JE, Díaz Álvarez JC, González-Chorda VM, Herrera-Amaya GM, Macia-Soler ML, Manrique-Abril FG, et al. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de percepción y satisfacción con el cuidado de enfermería (CUCACE) en Colombia. En: Chaparro L, editor. *Avances de investigación en la Facultad de Enfermería.* Bogotá: Facultad de Enfermería, Universidad nacional de Colombia; 2021. p. 152.
23. Goldstone L, Ball J. Manpower planning. Four. The quality of nursing services. *Nurs Times.* 1983; 80(35):56-8.
24. Chance KS. The Quest for Quality: An exploration of attempts to define and measure quality nursing care. *J Nurs Scholarsh.* 1997; 29(4):326-9.
25. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. *J Nurs Manag.* 1999; 7(1):19-28.
26. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing in context of health care: Literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(4):337–344.
27. Merkouris A, Papathanassoglou E, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach. *Int J Nurs Stud.* 2004; 41(4):355–367.
28. Dorigan GH, de Brito Guirardello E, da Silva D, McColl E. Validation of the Brazilian version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a partial least squares path modeling approach. *J Nurs Meas.* 2014; 22(3):451-60.
29. Molla M, Berhe A, Shumye A, Adama Y. Assessment of adult patients satisfaction and

Referencias

- associated factors with nursing care in Black Lion Hospital, Ethiopia; institutional based cross sectional study, 2012. *Int J Nurs Midwifery*. 2014; 6(4):49-57.
30. Torres Contreras CC, Páez Esteban AN, Rincón Sepúlveda L, Rosas Báez D, Mendoza Moreno EP. Reproducibilidad del cuestionario: calidad de cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. 2016; 7(2):1338-44.
 31. Torres Contreras CC. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av en enfermería*. 2010; 28(2):98-110.
 32. Torres-Contreras C, Buitrago-Vera M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados. *Rev Cuid*. 2011; 2(1):138-48.
 33. Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci*. 2010; 12(2):162-9.
 34. Ahmed T, Assefa N, Demisie A, Kenay A. Levels of adult patients' satisfaction with nursing care in selected public hospitals in Ethiopia. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2014; 8(4):371.
 35. Dyk D, Gutysz-Wojnicka A, Cudak EK, Talarska D. Cultural adaptation and psychometric evaluation of the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Arch Med Sci AMS*. 2014; 10(4):782.
 36. Gutysz-Wojnicka A, Dyk D, Cudak E, Ozga D. Measuring patient satisfaction with the Polish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *Scand J Caring Sci*. 2013; 27(2):311-8.
 37. López A. La satisfacción de los usuarios: Un determinante de la calidad asistencial. *Metas de Enfermería*. 2005; 8(1):53-56.
 38. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nursing J Adv Nurs*. 2009; 65(3):692-701.
 39. Taylor K. Paternalism, participation and partnership-the evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Educ Couns*. 2009; 74(2):18-34.
 40. Comisión de las Comunidades Europeas. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE [Internet]. Bruselas: Comunidad Europea; 1997. p. 12. Disponible en: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2007/com2007_0630es01.pdf
 41. Redmond G, Sorrell J. Studying Patient Satisfaction: Patient Voices of Quality. *Outcomes*

Referencias

Manag Nurs Pract. 1999; 3(2):67–72.

42. Staniszewska S, Ahmed L. The concepts of expectation and satisfaction: do they capture the way patients evaluate their care? *J Adv Nurs*. 1999; 29(2):364–372.
43. Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*. 1994; 38(4):509–516.
44. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calid Asist*. 2001; 16(4):276–279.
45. Turrís S. Unpacking the concept of patient satisfaction: a feminist analysis. *J Adv Nurs*. 2005; 50(3):293–298.
46. Crow H, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2002; 6(32):1-244.
47. Gea M, Hernán M, Jiménez J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist*. 2001; 16:37–44.
48. Pujiula J, Suñer R, Puigdemont M, Grau A, Bertrán C, Hortal G. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica*. 2006; 16(1):19–26.
49. Sørli M, Torjuul K, Ross A, Kihlgren M. Satisfied patients are also vulnerable patients - narratives from an acute care ward. *J Clin Nurs*. 2006; 15(10):1240–1246.
50. Lin C. Patient satisfaction with nursing care as an outcome variable: Dilemmas for nursing evaluation researchers. *J Prof Nurs*. 1996; 12(4):207–216.
51. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997; 45(12):1829–1843.
52. Strasser S, Ahorony L, Greenberger D. The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev*. 1993; 50(2):19–48.
53. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000; 114(3):26–33.
54. Cabrero J, Richart M. Adaptación española de una escala para medir la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería: primeros resultados. Madrid, España: Psicología española en la Europa de los 90: ciencia y profesión [Internet]. 1990. Disponible en:

Referencias

http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/24964/1/1990_Cabrero_Richar

55. Chang E, Hacock E, Chenoweth L, Jeon Y, Glasson Y, Gradidge K. The influence of demographic variables and ward type on elderly patients' perceptions of needs and satisfaction during acute hospitalization. *Int J Nurs Pract.* 2003; 9(3):191–201.
56. Larrabee J, Ostrow C, Withrow M, Janney M, Hobbs G, Burant C. Predictors of patient satisfaction with impatient hospital nursing care. *Res Nurs Heal.* 2004; 27(4):254–258.
57. Megivern K, Halm M, Jones G. Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *J Nurs Care Qual.* 1992; 6(4):9–24.
58. Milutinovic D, Simin D, Brkic N, Brkic S. The patient satisfaction with nursing care quality: the psicometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci.* 2012; 26(3):598–606.
59. Otani K, Waterman B, Faulkner K, Boslaugh S, Burroughs T, Dunagan C. Patient satisfaction: focusing on “excellent”. *J Healthc Manag.* 2009; 54(2):93–103.
60. Raftopoulos V. Pain, satisfaction with quality of pain management and depressive symptoms in elderly hospitalized patients. *ICUS Nurs Web J.* 2005; 20:1–17.
61. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs.* 2003; 44(4):393–399.
62. Cabrero J. La medida de la satisfacción del paciente: aspectos conceptuales y metodológicos. En: España: Tesis doctoral no publicada Universidad de Murcia. Murcia; 1994.
63. González M, Padín S, Ramón E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica.* 2005; 15(3):147–155.
64. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care [Internet]. Vol. 44, *Milbank Quarterly.* 1996 [citado 31 de mayo de 2019]. p. 166-203. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>
65. Haupt M, Bekes C, Brill C, Carl L, Gray A, Jastremski MS. Guidelines on critical care services and personnel: recommendations based on a system of categorization of three levels of care. *Crit Care Med.* 2003; 31:2677–2683.
66. Health Department. *Comprehensive critical care: a review of adult critical care services.* London: HMSO; 2000.

Referencias

67. Regaira E, Sola M, Goñi R, Barrio M, Margall M, Aisain M. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVIQUAL. Enfermería Intensiva. 2010; 21(1):3–10.
68. Risser N. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res.* 1975; 24(1):45–52.
69. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health.* 2005; 26(1):513–559.
70. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality of care. *J Adv Nurs.* 2001; 33(4):456–466.
71. Delgado P, Sola A, Mirabete I, Torrents R, Blasco M, Barrero R. Modificación de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación-acción participativa. *Enfermería Intensiva.* 2001; 12:110–126.
72. Henderson A. Power and Knowledge in nursing practice: The contribution of Foucault. *J Adv Nurs.* 1994; 20(5):935–939.
73. Jover-Sancho C, Romero-García M, Delgado-Hito P, Cueva-Ariza L, Solà-Solé N, Acosta-Mejuto B. Percepción de las enfermeras de UCI en relación al cuidado satisfactorio: convergencias y divergencias con la percepción del paciente crítico. *Enfermería Intensiva.* 2015; 26(1):3–14.
74. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica. Segunda.* Madrid: Triacastela; 2007.
75. Watson J. Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices. *Nurs Adm Q.* 2006; 31(1):48–55.
76. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, LeinoKilpi H. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(2):372–380.
77. Wolf DL. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual.* 2008; 23(4):316–321.
78. Romero-García M, Trujols-Albet J. Hacia una mayor incorporación de la perspectiva del paciente en el diseño de los instrumentos de evaluación de la efectividad y calidad de los cuidados. *Enfermería Intensiva.* 2015; 26(1):1–2.
79. Harcourt B. Evolución del desarrollo de las teorías de enfermería, en: modelos y teorías

Referencias

en enfermería. Cuarta. Madrid; 1999.

80. Martín M. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*. 2004; 5(17):23–29.
81. Abdellah F, Levine. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nurs Res*. 1997; 5:100–108.
82. McDaniel C, Nash JG. Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. *QRB Qual Rev Bull*. 1990; 16(5):182-8.
83. Hinshaw A, Atwood J. A patient satisfaction instrument: precision by replication. *Nurs Res*. 1981; 31(3):170–191.
84. La-Monica E, Oberst M, Madea A, Wolf R. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nurs Heal*. 1986; 9(1):43–50.
85. Larson p, Ferketich S. Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *West J Nurs Res*. 1984; 15(6):690–707.
86. Babakus E, Mangold W. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res*. 1992; 26(6):767–786.
87. Hudak P, Wright J. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25(24):3167–3177.
88. Morales Gonzalez C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda [Internet]. Pontificia Universidad Javeriana. Universidad Javeriana; 2009. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9784>
89. Laschinger H, Hall L, Pedersen C, Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*. 2005; 20(3):220–230.
90. Lynn M, McMillen B, Sidani S. Understanding and Measuring Patients' Assessment of the Quality of Nursing Care. *Nurs Res*. 2007; 56(3):159–166.
91. Davis B, Bush H. Developing effective measurement tools: A case study of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale. *J Nurs Care Qual*. 1995; 9(2):26–35.
92. Davis B, Bush H, Thomas S. Measuring consumer satisfaction with emergency department nursing care. *J Nurs Sci*. 1997; 2:35– 47.
93. Davis B, Bush H. Patient satisfaction of emergency nursing care in the United States,

Referencias

Slovenia, and Australia. *J Nurs Care Qual.* 2003;18:267–274.

94. McColl E, Thomas L, Bond S. A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nurs Stand.* 1996; 10(52):34–38.
95. Thomas L, Bond S. Measuring patients' satisfaction with nursing: 1990–1994. *J Adv Nurs.* 1996; 23(4):747–756.
96. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Saf Heal Care.* 1996; 5(2):67-72.
97. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. En: *Journal of advanced nursing* [Internet]. 2005. p. 672-81. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03634.x>
98. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *J Nurs Manag.* 2009; 17(6):749-58.
99. Piredda M, Vellone E, Piras G, Fida R, Latour JM, Matarese M, et al. Psychometric evaluation of the newcastle satisfaction with nursing scales. *J Nurs Care Qual.* 2015; 30(1):84-92.
100. Albashayreh A, Al-Rawajfah OM, Al-Awaisi H, Karkada S, Al Sabei SD. Psychometric Properties of an Arabic Version of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality Questionnaire. *J Nurs Res* [Internet]. Febrero de 2019; 27(1):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29985822>
101. Piredda M, Cossu L, Amato S, Alvaro R, Tartaglini D, Spiga F. A measure of patient satisfaction with nursing care: the Italian version of “Newcastle Satisfaction with Nursing Scales”. *Int Nurs Perspect.* 2007; 7(2):25–31.
102. Walsh M, Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *J Adv Nurs.* 1999; 29(2):307-15.
103. Dorigan G, Brito E. Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2013; 47(3):562–568.
104. Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *J Clin Nurs.* 2007; 16(4):646-53.

Referencias

105. Torres C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av en Enfermería. 2010; 28(2):98–110.
106. Pierce A. Measurement. En: L T, editor. Principles and Practice of Nursing Research. St Louis: Mosby Incorporated; 1995. p. 265-91.
107. O’Connell B, Young J, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: A measurement conundrum. Int J Nurs Pract. 1999; 5(2):72–77.
108. Söyük S, Ören B, Yürügen BÜ. İstanbul Tıp Fakültesi ilk ve acil yardım anabilim dalı yoğun bakım ünitesinde hasta tatminin ölçülmesi. Yoğun Bakım Hemsireligi Derg. 2001;5:12–15.
109. Tükel B Acuner AM ÖÖR et al. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi’nde yatan hasta memnuniyeti: genel cerrahi anabilim dalı örneği. Ankara Üniv Tıp Fak Mecm. 2004; 57:205– 214.
110. Tengilimoglu D Kısa A DSF. Patient satisfaction in Turkey: differences between public and private hospitals. J Commun Heal. 1999; 24:73–91.
111. Kuguoğlu S Aslan EF IG. Are patients in western Turkey contented with health care services? A quality assessment study. J Nurs Care Qual. 2006; 21:366-71.
112. Thi P, Briançon S, Empereur F, Guillemin F. Factors determining inpatient satisfaction with care. Soc Sci Med. 1993; 54(4):493–504.
113. Hargraves JL, Wilson IB, A Z. Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. Med Care. 2001; 39:635–641.
114. Larsson BW, Larsson G, Starrin B. Patients’ views on quality of care: a comparison of men and women. J Nurs Manag. 1999; 7:133–139.
115. Radwin LE. Cancer patients’ demographic characteristics and rating of patient-centered nursing care. J Nurs Sch. 2003; 35:365– 370.
116. Bredart A, Robertson C, D R. Patients’ satisfaction ratings and their desire for care improvement across oncology settings from France, Italy, Poland and Sweden. Psychooncology. 2003; 12:68–77.
117. Quintana J, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. BMC Health Serv Res. 2006; 6(102):1–9.

Referencias

118. Lumby J, England K. Patient satisfaction with nursing care in a colorectal surgical population. *Int J Nurs Pract.* 2000;6(3):140–145.
119. Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. *Hemşire Yüksekokulu Derg.* 2001; 5:69-74.
120. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması. *Türk Hemşire Derg.* 2003; 54:16–24.
121. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med.* 2002; 18:23–30.
122. Mainous AG, Griffit CH, Love MM. Patient satisfaction in programs for low income individuals. *J Commun Heal.* 1999; 24:381–391.
123. Tokunaga J, Imanaka Y. Influence of length of stay on patient satisfaction with hospital care in Japan. *Int J Qual Heal Care.* 2002;15:493-502.
124. Ospina D, Juan Manuel., Manrique-Abril FG, Ariza R NE, Pinzón, María Teresa., Arcos FA. Características de la hospitalización en el servicio de medicina interna del hospital san Rafael de Tunja. *Investig Andin.* 2009; 11(19):50-4.
125. Johannessen G, Eikeland A, Stubberud D, Fagerstöm L. A descriptive study of patient satisfaction and the structural factors of Norwegian intensive care nursing. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011; 27(5):281–289.
126. Johannessen, G., Eikeland, A., Stubberud, D., & Fagerstöm L. No Title descriptive study of patient satisfaction and the structural factors of Norwegian intensive care nursing. *International Care Nursing.* 2011; 27(5):281-9.
127. Jaramillo Santiago, L., Osorio galeano, S., & Salazar Blando D. Quality of nursing care: Perception of parents of newborns Hospitalized in neonatal units. *Investig y Educ en enfermería.* 2018; 36(1).
128. Quentin W, Partanen VM, Brownwood I KN. Measuring healthcare quality. En: Reinhard Busse, Niek Klazinga, Dimitra Panteli and WQ, editor. *Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019 [citado 14 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549260/>

Referencias

129. Manrique Abril FG, Ramírez Vanegas JC. Validity and reliability of the StaffNurse Job Characteristics Index's (SNJCI) Autonomy Scale in Bogota-Colombia. *Enferm Glob.* 2014; 13(3).
130. Torres-Contreras C, Páez Esteban A, Rincón Sepúlveda L, Rosas Báez E, Mendoza Moreno P. Reproducibilidad del cuestionario: Calidad de Cuidados de Enfermería en paciente hospitalizados. *CUIDARTE* [Internet]. 2011; 7(2):1338–34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359546229011.pdf>
131. Can G, Akin S, Aydiner A, Özdilli K, Durna Z. Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *Eur J Oncol Nurs.* 2008; 12:387–392.
132. Önsüz MF, Topuoğ˘lu A, Cöbek UC, Ertürk S, Yilmaz F BS. Satisfaction levels of hospitalized patients in a university hospital in Istanbul. *Marmara Med J.* 2008; 21:33–49.
133. Orozco Medina D, Franco Vera Y. Satisfacción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en Fundación Hospital San José de Buga [Internet]. [Tuluá]: Unidad Central del Valle del Cauca; 2019. Disponible en: <http://dspace.uceva.edu.co:8080/handle/123456789/1069>
134. Larson. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 1981; 11(6):46–50.
135. von Essen, L., & Sjöden P. The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *Int J Nurs Stud.* 1991; 28(3):267–281.