



ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

“Percepción del usuario en relación a la calidad de atención que brinda el personal de enfermería del Hospital Rural # 32”.

TESIS:

Para obtener el título de licenciada en enfermería

PRESENTA:

Andrea Robles Carachure

ASESORAS:

L.E.O: M^a. Martha Marín Laredo

L.E.D: Maria Magdalena Lozano Zúñiga

COLABORADOR: Mat. Carlos Gómez Alonso

Morelia Mich; Mayo 2006

J U R A D O

P R E S I D E N T A

LED: Maria Magdalena Lozano Zúñiga

1ra. V O C A L

LEO: M^a. Martha Marín Laredo

2da. V O C A L

Q. F.B: M^a. Jazmín Valencia Guzmán

DIRECTIVOS

DIRECTORA

MC: Josefina Valenzuela Gandarilla

SECRETARIA ACADEMICA

LEO: M^a. Martha Marín Laredo

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

LED: Ana Celia Anguiano Moran

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE NACER, POR ESTAR CONMIGO EN CADA MOMENTO DE MI VIDA Y POR ELEJIRME AMI PARA FORMARME Y EJERCER ESTA PROFESION GRACIAS DIOS

A MIS ASESORES:

L.E.O: M^a. MARTHA MARÍN LAREDO, LEED: MARIA MAGDALENA LOZANO ZÚÑIGA, Y EL MATEMATICO CARLOS GÓMEZ ALONSO POR DEDICARME DE SU TIEMPO TAN VALIOSOS DE SUS ACTIVIDADES, PARA BRINDARME ASESORIA EN ESTA INVESTIGACION YA QUE SIN SU APOYO NO LO HUBIERA LOGRADO Y POR NUTRIRME DE SUS GRANDES CONOCIMIENTOS MIL GRACIAS.

AL HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES #32 PARACHO DE VERDUZCO:

ESTOY TOTALMENTE AGRADECIDA EN ESPECIAL CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA Y DE PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACION Y PEDIATRIA, QUE ME HAN BRINDADO LA OPORTUNIDAD DE LLEVAR ACABO ESTE TRABAJO.

DEDICATORIAS

A MIS PADRES:

POR BRINDARME SIEMPRE SU CONFIANZA, SU CARIÑO, SU APOYO MORAL, ECONOMICO Y POR SUS GRANDES ESFUERZOS QUE REALIZARON DIA A DIA PARA BRINDARME LO MEJOR Y NO ME FALTARA NADA DURANTE MI FORMACION, ESTOY TOTALMENTE AGRADECIDA POR ESTE GRAN REGALO QUE ME OTORGARON.

A MIS HERMANOS (AS):

POR SU GRAN CARIÑO Y CONFIANZA QUE HAN PUESTO EN MI, EN ESPECIAL A MI HERMANA RUTH PORQUE PARA MI HA SIDO Y SERA SIEMPRE COMO MI SEGUNDA MADRE FUISTE PARTE DE MI FORMACION PROFESIONAL MIL GRACIAS HERMANA POR TU APOYO.

A MIS AMIGOS (AS) Y COMPAÑEROS DE ESTA ESCUELA:

POR BRINDARME SU CONFIANZA, SU CARIÑO DURANTE 4 AÑOS GRACIAS POR SU AMISTAD LOS RECORDARE SIEMPRE.

INDICE

TEMA	PAG.
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.....	2
2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	8
2.2. CONCEPTOS BASICOS.....	11
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	47
IV. JUSTIFICACION.....	48
V. OBJETIVOS.....	50
5.1 GENERAL.....	50
5.2 ESPECIFICOS.....	50
VI. METODOLOGIA.....	51
LIMITES.....	53
RECURSOS.....	53
VII. VARIABLES.....	55
VIII. ETICA DEL ESTUDIO.....	56
IX RESULTADOS.....	57
X. CONCLUSIONES.....	64
XI. SUGERENCIAS.....	65
XII BIBLIOGRAFIA.....	66
XIII. ANEXOS.....	68

I. INTRODUCCION

La responsabilidad de mejorar la calidad de los servicios de salud es de todos los involucrados en el proceso de atención, tanto de los funcionarios y servidores públicos como de los pacientes y sus familiares.

Sin embargo, el personal de enfermería desempeña un papel de suma importancia en la intervención del cuidado del paciente, la atención que se brinda resulta de las necesidades básicas del individuo. Es por ello que enfermería tiene el compromiso de incrementar la calidad de atención como un valor primordial en las actividades y funciones que realizan en las instituciones de salud.

El objetivo de la presente investigación es analizar la percepción de los pacientes respecto a la atención que les brinda el personal de enfermería de los servicios de Hospitalización y Pediatría del Hospital Rural de Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Se utilizo una muestra de 31 enfermeras de base y 62 usuarios hospitalizados, es un estudio Descriptivo, Observacional, Cuantitativo y Transversal por el alcance de los objetivos y resultados, por lo que son muy satisfactorios para la institución especialmente para el personal de enfermería ya que son ellas las que brindan atención directa al paciente hospitalizado.

II. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

2.1 ANTECEDENTES

La historia es concebida como una narración verdadera de sucesos pasados, por lo cual en la actualidad humana es interesante conocerla ya que al mismo tiempo adquirimos conocimientos, analizamos, comparamos e interpretamos los hechos más relevantes por lo cual nuestro acervo cultural se acrecienta.

La idea de la medida y el control de la calidad esta presente en la industria prácticamente desde el comienzo de la expansión de la producción y la aparición de las grandes empresas, ligadas a la valoración del producto obtenido, en cuanto a la adecuación de éste tanto a las características del prototipo o modelo que se hubiera proyectado como a las necesidades expresadas por los clientes.¹

A finales de la década de los cincuenta en el Instituto Mexicano del Seguro Social se remontan las acciones institucionales para mejorar la calidad de los servicios de salud. A mediados de los años ochenta en la Secretaría de Salud destaca la implantación de los primeros círculos de calidad. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios.

En el sector público, Continúa el Programa de Mejora de la Calidad de la Atención, el impulso a la certificación de los hospitales “Amigo del Niño y de la Madre”, la certificación de Jurisdicciones y la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Secretaría de Salud, así como las

¹⁻ Mary Paz Monpart *Administración de los servicios de enfermería*. Pág. 15

acciones en materia de calidad realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, los servicios médicos de PEMEX y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE) retoman la preocupación de elevar la calidad de una manera más sistematizada. De esta manera, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se finca en múltiples cimientos contruidos durante años que permiten asegurar la suficiente experiencia para el impulso de este programa. Como instrumento sectorial contempla 70 líneas de acción distribuidas en cuatro niveles como son: usuarios, prestadores de los servicios, organizaciones y sistema de salud en general. Cada una de las líneas de acción da origen a un plan en el cual se identifican las acciones concretas, su secuencia en el tiempo, los responsables de cada una de ellas, los indicadores mediante los cuales se medirá el avance y las metas a alcanzar en cada caso.

Con el propósito de que la Cruzada Nacional sea una estrategia eficiente de manera paulatina, ordenada y en forma secuencial se define la implantación de las líneas de acción y la atención a cada uno de los problemas que afectan la calidad de los servicios de salud, en forma paralela, con los recursos institucionales asignados a la Secretaría de Salud y de manera coordinada con otras instituciones públicas, se están realizando acciones para proveer del componente de calidad a los programas de salud a nivel sectorial, así como la educación en salud dirigida a los prestadores de servicios, la conformación de modelos de gestión para abordar la mejora de otros componentes del concepto de calidad ya enunciado, así como la regulación sanitaria para la mejora de la calidad de los servicios.

En el año 2001 como parte del Plan de Arranque de la Cruzada Nacional se estableció el Equipo Consultor Sectorial, integrado por funcionarios de alto nivel de la Secretaria de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social e

ISSSTE para el impulso de la estrategia a nivel sectorial. Así mismo, se instalaron Comités Estatales de Calidad en 29 entidades federativas, conformados por directivos de las instituciones de salud en el estado que se adhirieron en forma voluntaria al programa.

En el 2002, el programa se orientó al financiamiento de proyectos que impulsaron la gestión exitosa para la mejora del componente de trato digno, a partir de la medición de indicadores en este rubro como herramienta de gestión. Aquí se definieron indicadores de trato digno a los usuarios de los servicios de salud, en tiempos de espera, satisfacción de los usuarios, información al paciente y surtimiento de recetas que están siendo monitoreados, para proveer de información que sirva para la toma de decisiones en las propias unidades prestadoras de servicios, y en cuya solución participan los Comités Estatales y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, como instancia ejecutora del programa, otorgando apoyo técnico y asesoría.

En este mismo año para fines de la aplicación de los recursos de las Acciones de la Cruzada Nacional se concentro principalmente en cinco rubros y son los siguientes:

- 1.- Incrementar el número de unidades prestadoras de servicios de salud que registran indicadores, a partir de su adhesión voluntaria al programa con el propósito de que se incorporen el 60% de las unidades de la Secretaria de Salud y 40% de ellas cumplan con los estándares satisfactorios.
- 2.- Fortalecer la medición, capacitación y mejora de los procesos de atención en las unidades que ya se encuentran incorporadas al programa. Así como el impulso al mejoramiento de los espacios

donde se prestan servicios de salud, como acciones piloto vinculadas al trato digno que deben recibir los usuarios.

- 3.- Reconocer experiencias exitosas en la mejora de la calidad de los servicios de salud, a partir del modelo de monitoreo como herramienta de gestión para la calidad.
- 4.- Apoyar procesos de certificación ISO 9000 en las unidades prestadoras de servicios.
- 5.- Impulsar nuevos instrumentos de gestión para la calidad, a través de convenios, asesorías y consultorías.

Para fines de implementar una red de monitoreo institucional de carácter nacional es necesario dotar a las unidades médicas de la plataforma tecnológica para establecer una cultura de la medición como instrumento para la toma de decisiones, impulsar a la capacitación en materia de calidad del servicio, y que las unidades prestadoras de servicios de salud cumplan con estándares satisfactorios, considerando la opinión de los usuarios.²

2.2. CONCEPTOS BASICOS.

Los cambios sociales que han influido en las ciencias de la salud en nuestro país afectan profundamente a la enfermería uno de los componentes básicos de la prestación de los servicios de salud. Es por ello que se hará mención de los siguientes conceptos.

ATENCIÓN: Es el elemento que forma parte de las funciones cognitivas, consistentes en que la actividad mental se mantiene centrada sobre un aspecto, objeto o una actividad específica.

² Secretaria de Salud "Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, pp. 6-8

ATENCION INTEGRAL: Es el sistema total del paciente que considera las necesidades físicas, sociales, económicas y espirituales de la persona, la respuesta a la enfermedad y el impacto de la enfermedad sobre la capacidad de la persona para satisfacer sus propias necesidades.

ENFERMERA: Es una persona formada y autorizada para practicar la enfermería, cuya misión es según la American Nurses Asociation, el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas sanitarios actuales o potenciales.

La práctica de la enfermería consiste en la recogida de datos, diagnósticos, planificación, tratamiento y evaluación dentro del marco de su preocupación fundamental por la respuesta del paciente ante el problema, más que del problema en si.

ENFERMERIA: Practica en la que un profesional de enfermería ayuda, según Virginia Henderson, a una persona, sana o enferma, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o una muerte Pacífica), que realizara por si sola si tuviera voluntad, fortaleza o conocimientos necesarios para ello, y hacerlo de tal forma que pueda independizarse lo mas rápidamente posible. ³

USUARIO: un ser integral, completo e independiente que tiene 14 necesidades fundamentales: respirar, comer y beber, eliminar, moverse, vestirse y desnudarse, limpio, evitar el peligro, comunicarse, rendir culto, trabajar, jugar y aprender.⁴

3.- Mosby de Medicina y Ciencias de la Salud, Pág.405

4. B.kozier, G. Er, J.Blais y J.M. Wilkinson, *"Fundamentos de Enfermería Conceptos, procesos y Practica"*. P. 51

2.3 DEFINICION DE CALIDAD

Varias son las definiciones que se pueden emplear de la calidad en general y la de los servicios sanitarios en particular. En general se acepta que la calidad es una propiedad presente en algunos hechos, objetos o situaciones, o el conjunto de atributos que se observan en un hecho o circunstancia, que le definen de una determinada manera. Es también el grado de aproximación de un producto o servicio a cada una de las características que se hayan señalado como idóneas en un prototipo. Igualmente se puede definir la calidad como el grado de obtención de una determinada característica, de acuerdo con una escala de medida, en la que se definen los puntos extremos como “malo-bueno”, siendo el intermedio el normal. De estas aproximaciones a una posible definición, es de destacar que el concepto de calidad está indisolublemente unido al de medida, ya que en realidad no adquiere auténtico significado más que cuando se

acompaña del adjetivo que le otorga valor, según la escala por la que se mida, es decir, cuando se le añade el complemento de “buena, mala, excelente, regular o normal”, de acuerdo a la escala de medida empleada. Esta graduación de la calidad está definida por los atributos que se consideren presente en una situación modélica (el prototipo) que definen su calidad. Si la definición de la calidad en términos generales entraña dificultad, ésta es un mayor al enfocar el tema desde una óptica de atención sanitaria, ya que la apreciación acerca de lo bueno o malo, e incluso sobre la forma de medirlo o asegurarlo, podría diferir y de hecho es así, según sea el punto de vista del sector que emite la opinión sobre la atención sanitaria. Ello ha llevado a intentar definir los límites de la calidad de la asistencia en relación con los cambios que esta produce en

los estados de salud de los individuos y a especificar dos grandes áreas de calidad asistencial, por lo que se hace mención en cada una de ellas:

Calidad directa. Esta se establecerá en la medida de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes o cliente, demostrado por curación o mejoría de la situación, clínicamente comprobadas.

Calidad indirecta. Aborda el aspecto de aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de obtener un mayor y mejor estado de salud: entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costos, etc.

La relación entre estos dos aspectos de la calidad no es casual, ya que la propia calidad no es un hecho aislado sino la relación de una serie de atributos y medios, presente en lo que hemos denominado calidad directa e indirecta.

La Organización Mundial de la Salud ha intentado una definición lo más amplia posible de la calidad de la asistencia sanitaria al establecer que es:

“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.⁵

⁵. Mary Paz Monpart, op. cit, pp. 4-15.

2.4 ENFOQUE DE LA VALORACION DE LA CALIDAD: ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADOS.

Desde los trabajadores de Donabedian, se ha aceptado de forma general que la calidad de la atención sanitaria puede evaluarse en tres aspectos que la integran como son:

1) ESTRUCTURA: esta se refiere a los atributos, materiales y organizacionales, relativamente estables de las unidades donde se realiza la prestación del servicio. Es decir, incluye a los proveedores del servicio y a las herramientas y recursos que están a su disposición en los lugares donde trabajan. Estos atributos condicionan de uno u otro modo las características del proceso de la atención, facilitándolo o dificultándolo. La evaluación de la estructura implica determinar si estos atributos particulares cumplen los requisitos o estándares mínimos necesarios para brindar la atención. Los resultados de la evaluación de la estructura solo permiten identificar si se cuenta con la infraestructura necesaria para la prestación del servicio. Algunos ejemplos clásicos de estructura son los recursos humanos, físicos y materiales con los que cuenta cualquier organización para brindar sus servicios, así como la forma de cómo estos recursos se encuentran organizados.

2) PROCESO: dentro de este proceso se Incluyen las actividades y procedimientos realizados por el prestador de servicios, la habilidad con lo que se realizan dichos procedimientos y la contribución de los usuarios en el seguimiento de las indicaciones médicas. En otras palabras se constituyen a partir del grupo de actividades llevadas a cabo durante el encuentro entre el proveedor de servicios de salud y el usuario de estos. Es

una combinación de aplicaciones técnicas y relaciones interpersonales que acompañan a la prestación del servicio.

3) RESULTADO: como último enfoque se refiere a los efectos de la atención sobre el estado de salud de los usuarios. En general se entiende como los cambios en el estado de salud presente y futuro del paciente, que puedan ser atribuidos a una acción precedente de salud.

El resultado de la atención puede evaluarse desde dos niveles y son los siguientes:

a) A nivel de resultado de la acción, propiamente dicho; es decir, a partir de las actividades propias del servicio que se otorga (satisfacción del cliente, mejora en el estado fisiológico del paciente, mejora en el conocimiento del usuario, etc.).

b) A nivel de impacto cuyos cambios no pueden atribuirse totalmente a las actividades de la atención brindada, pero que se observan en la población objetivo (cambios en la tasa de fecundidad, en la salud materno infantil, etc.).

Pueden efectuarse evaluaciones de la estructura, del proceso o resultado de manera independiente, debido a que se concibe una relación entre ellos en lo que se espera que una buena estructura aumente la posibilidad de un buen resultado, sin que, esto sea, obvio, necesariamente cierto.⁶

2.5 LA FILOSOFIA DE MEJORA CONTINUA SE BASA EN TRES PIILARES:

6. M^a de la Luz Balderas Pedrero, "Administración de los Servicios de Enfermería edit. Interamericana". pp. 20-26

1) ENFOQUE A CLIENTES: se enfatiza en la necesidad de identificar los requerimientos y expectativas de los consumidores. Se reconoce al cliente externo, es decir, a la persona ajena a la organización que consume los servicios que esta produce, como la razón de ser de la organización. Pero además se admite que para alcanzar el logro de este objetivo se debe también realizar un ejercicio de identificación y consideración de las necesidades y expectativas de los clientes internos, es decir, de los miembros de la organización involucrados en los procesos.

2) ANALISIS DE LOS PROCESOS: la filosofía de la mejora continua establece que muchos problemas de la organización son el resultado de disfunciones de sistemas y procesos, más que de fallas individuales. Un proceso es el conjunto de pasos o actividades ejecutadas por una o mas personas para que a partir de un insumo produzca un bien o servicio. Son muchos los procesos que se generan al interior de una organización y que en su conjunto configuran el macro proceso de brindar servicios de salud. La mejora continua, demanda además, la recopilación y utilización de datos sobre los procesos para identificar la naturaleza y magnitud de cada problema y permitir una toma de decisiones lógica fundamentada en los hechos más que en una intuición.⁷

3) TRABAJO EN EQUIPO: es importante señalar que un grupo de personas trabajando es: un grupo de personas trabajando y no un equipo de trabajo. Un equipo se define como dos o mas personas que interactúan y se influyen entre si, con el propósito de alcanzar un objetivo común. En las organizaciones desde siempre, han existido dos tipos de equipos los formales y los informales, sin embargo, hoy en día existen equipos que tienen características de los dos.

7. Mary Paz Monpart, op. cit, pp. 20-23

EQUIPOS FORMALES: estos son equipos formales por los directivos, deliberadamente, con el propósito de encargarles tareas específicas que le sirven a la organización para alcanzar sus metas, algunos ejemplos de equipos formales son:

- Equipos de mando
- Comités
- Círculos de calidad
- Equipos de proyecto.

EQUIPOS INFORMALES: en estos equipos surgen cuando se reúnen varias personas e interactúan con regularidad. Estos grupos se desarrollan dentro de la estructura formal de la organización. Los miembros de los equipos informales suelen subordinar parte de sus necesidades individuales a las del equipo en general. A cambio, el equipo los respalda y los protege. Las actividades de los equipos informales pueden profundizar los intereses de la organización.

2.5.1 CARACTERISTICAS DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Dentro de estas características podemos mencionar a:

PERSONAS: después de tantas modas de administración, con posterioridad a la invasión de la reingeniería; en buena parte de las empresas y organizaciones de todo tipo, se esta revalorizando nuevamente el factor humano, con distintas connotaciones de las que se utilizaban en otras épocas en los que el trabajo en equipo se distinguía de la dinámica de grupos.

TAREAS: las personas que participan de un equipo se ligan, se unen, se complementan, para realizar una tarea. La tarea es factor constitutivo del equipo, es su hacer. El equipo se define como tal en el sentido de la tarea,

y la direccionalidad de la misma, de tal forma que el equipo “se hace haciéndose” ⁸

2.5.2 IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO RADICA EN:

- 1) La pluralidad de ideas permite que el problema de calidad o Tema de mejora, sea analizado desde diferentes perspectivas.
- 2) La división del trabajo es para asumir roles y competencias complementarias dirigidas hacia un mismo fin.

2.5.3 INTEGRANTES DEL TRABAJO EN EQUIPO DE SALUD

Los integrantes del equipo de salud son todos los profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares indispensables para realizar el programa de salud. En el equipo también participan médicos, clínicos, higienistas, ingenieros sanitarios, epidemiólogos, enfermeras, asistentes trabajadoras sociales, educadoras, antropólogos, sociólogos, laboratoristas, odontólogos, etc. Epidemiólogos, enfermeras ⁹

2.6 COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Como se ha señalado el concepto de la calidad aplicado a la atención sanitaria es especialmente sensible al establecimiento de los atributos o componentes presentes en ella, que en último términos definen su significado.

Según sean los expertos en salud, los usuarios o la propia administración quien los valora, ellos tienden a situar la definición de la calidad

8.Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, “Cuaderno de Divulgación de los Servicios” Págs.46,50 y 51

9 .Secretaria de Salud, op cit, Pág. 64

asistencial en la consecución de un elevado nivel científico-técnico, es decir, la utilización de conocimientos y tecnología que en principio aseguran que los profesionales pueden prestar un servicio óptimo, basado en la aplicación de los conocimientos más actualizados y la tecnología más adelantada. Según este enfoque, la calidad estaría relacionada fundamentalmente con lo que los médicos y enfermeras saben en la posibilidad que ellos y otros profesionales tienen que utilizar los medios adecuados en su trabajo. Por su parte, los usuarios, pacientes o clientes de los servicios de salud identifican la calidad mas bien con un componente de cantidad de servicios disponibles, de tiempo empleados, de celeridad en la atención y otras cuestiones referidas a la comodidad de utilización de los servicios sanitarios, aspectos todos ellos tienen que ver especialmente con el concepto de eficacia del sistema, orientada a la cantidad de servicios que están al alcance de las persona.

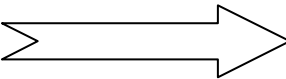
2.6.1 COMPONENTES DEL CONCEPTO DE CALIDAD ASISTENCIAL

Si se demanda la opinión del usuario sobre los profesionales que le atienden, es frecuente que se valoren no tanto la capacidad técnica de médicos enfermera y otros, que por lo general se supone, sino que esta competencia se emplee extensamente con cada uno de los pacientes o clientes, es decir que se produzca una atención asidua y continuada con relaciones personales fluidas.

Finalmente, los administradores y gestores de los servicios de salud identifican en buena medida la calidad asistencial con los atributos que se orientan a la eficiencia, relacionando estrechamente los beneficios obtenidos de la atención con el coste que esta ha generado. Este aspecto de relevancia innegable en las empresas sanitarias modernas, da a entender que, si bien es evidente que la calidad cuesta dinero, es posible

también optimizar los recursos monetarios y obtener una mejor calidad a un costo menor.

Estos tres principales enfoques de la calidad de la atención sanitaria pueden ayudar a una más amplia elaboración de los componentes de esta, ya que en la realidad funcionan de forma interrelacionada y coordinada dando origen a una serie de atributos o componentes que se pueden enunciar como sigue:

Para el gestor-----eficiencia
Para el usuario----- eficacia  calidad
Para el profesional-----Nivel científico- técnico.

A continuación se describe cada uno de los componentes anteriormente mencionados.

ADECUACION: El nivel de adecuación significa la pertinencia de los servicios ofertados en relación con las necesidades presentes en la población y en cada uno de los individuos a los que se atiende.

En este contexto, la cantidad de servicios, el número de profesionales, los medios y terapéuticas tienen importancia para la valoración de la calidad cuando estudian en relación las situaciones de salud que se abordan, desde el aspecto de valoración ajustada de las necesidades y del impacto producido, que se traduce en cambios evidentes en la situación de salud y el costo evaluado.

Otros componentes importantes de la calidad asistencial es:

ACCESIBILIDAD: Posibilidad real de disponer del servicio o del profesional que se precise. Este componente se establece en aspectos legales tales como la existencia de condiciones para poder obtener la

atención (la condición de asegurado, la pertenencia a algún grupo de riesgo, etc.), y se mide por cuestiones organizativas, como pueden ser los medios de comunicación, teléfonos y otros, y de localización física del servicio o del profesional.

COMPETENCIA: En este componente el grado y tipo de los conocimientos y habilidades presentes en cada uno de los trabajadores del sistema de servicios de salud es otro componente destacado de su calidad. En los profesionales titulados, esta competencia parte de unas normas generales de educación y formación universitarias, que están avaladas por el Estado, mediante un título que autoriza para el ejercicio. Estas normas mínimas se reflejan en la práctica profesional y admiten al igual que otras características una diferenciación en grados de mayor o menor competencia es decir, desde un adecuado dominio de las habilidades técnicas del ámbito de cada profesional. Desde este principio básico de la garantía de la competencia profesional que supone difiere según el punto de vista de los usuarios o de los profesionales o gestores. Como se ha señalado anteriormente por lo general el usuario acepta que todos los profesionales disponen de conocimientos y habilidad adecuada que además no cuestiona por falta de capacidad para valorarlos. Por tanto solo es sensible a este componente de la calidad asistencial si se observan grado extremos, de excelencia o de incompetencia manifiesta.

Por su parte, los profesionales o los gestores tienden a valorar este aspecto bien por el impacto producido por el ejercicio del profesional, bien por la observación de la realización de las tareas.

RELACIONES PERSONALES: La prestación de la atención sanitaria tiene un importante componente de relación y comunicación entre las personas, las que prestan los servicios y las que los demandan y reciben. Este

elemento influye igualmente en la claridad y se traduce en las condiciones presentes en la atención de trato individual, personalización de cuidado, cortesía, corrección en la comunicación respeto a los valores, opiniones y creencias.

Las características de las relaciones personales también se vinculan a otros aspectos, como puede ser el de la intimidad en que se producen, en incluso a cuestiones “externas” como el aspecto de las personas que prestan los cuidados, reflejados en el vestido, la limpieza, el orden y otros condicionantes que influyen en la relación y que en nuestro medio son altamente valorados por los usuarios.

SEGURIDAD: Una atención de calidad, en principio es aquella que tiende a minimizar o a hacer imposibles los riesgos potenciales o reales. Evitar los riesgos es, por tanto, un componente esencial de seguridad que se basa en cuestiones organizativas, normas y procedimientos, así como en la dotación de instalaciones que reúnan las condiciones necesarias. Parte importante de este componente de seguridad reside en la confidencialidad de la información referida a los usuarios, que garantiza la ausencia de riesgos para la integridad individual del paciente o cliente derivados de una incorrecta utilización de los datos personales de éste, o dependen de su condición patológica.

COMODIDAD: La atención sanitaria se aprecia por las condiciones de confort que la acompañan. En la opinión del usuario este aspecto suele ser de especial relevancia, y se refleja en la presencia de algunas características de las instalaciones, espacios, mobiliarios, comunicación. Etc. Y Por ultimo componente del concepto de calidad asistencial tenemos.

SATISFACCION: Aquí se puede observar y valorar este componente en dos vertientes: La satisfacción del profesional es un componente de la calidad que se relacionan principalmente con las condiciones organizativas, tecnológicas y de relación interpersonal en que tiene la oportunidad de desarrollar su trabajo. Este aspecto de la satisfacción profesional ha sido considerado generalmente como un condicionante para la calidad, en relación con la motivación, suponiendo que, si se dispone de personal satisfecho con su trabajo este será de buena calidad. En este sentido las actuales investigaciones en este tema tienden a demostrar que la satisfacción no es solo una condición para la calidad o incluso un resultado de la misma, sino un elemento más de ella.

La satisfacción del cliente o usuario es un tema que reviste mucha mayor complejidad, ya que incide en la calidad de diversas maneras. Por un lado es un elemento que nos va a permitir establecer los límites y criterios de cada actividad que se estudie. Por otro, es resultado en si misma; es decir, la satisfacción define y sirve como aspectos a valorar, al igual que los otros elementos que hemos reseñado, la calidad de la atención y al mismo tiempo, se considera producto de una atención sanitaria de elevada calidad. Presenta, además particularidades en su apreciación como podría ser la dificultad que el usuario tiene para emitir una opinión acerca del servicio recibido sobre todo cuando se refiere a aspectos particulares de ese servicio. Por lo general, el cliente tiende a manifestarse satisfecho o no de una forma global, y es más reciente o se encuentra menos capacitado para valorar particularidades o acciones concretas dentro del total de la atención que se le ha prestado. Incluso se puede hacer referencia a la situación que en ocasiones se plantea cuando un usuario por desconocimiento o desinformación demanda una atención que no es la adecuada, bien por su estado de salud, bien por no existir los recursos precisos. Se genera entonces una insatisfacción que de alguna manera no

esta justificada y por tanto incide sesgadamente en la valoración de la calidad.

2.7 LAS ENFERMERAS Y LA CALIDAD DE LA ATENCION:

El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace de este grupo profesional un importante elemento en la definición y consecución de niveles adecuados en la calidad asistencial. Los cuidados enfermeros son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria y por este motivo influyen decisivamente en la calidad global por la que se valora a una institución. Sin embargo, es a veces difícil ponderar el impacto que estos cuidados de enfermería tienen en el total del servicio prestado por el centro o el equipo sanitario. Además de este primer enfoque de la relación de la calidad de los cuidados con la de los servicios y de la consideración de los profesionales de la enfermería como parte de un todo asistencial es necesario abordar la posibilidad de identificar los aspectos que exige la consideración y valoración de la calidad en relación estrecha con las enfermeras y sus cuidados.

En primer lugar la importancia de las acciones de enfermería y sus consecuencias en el estado de salud de los usuarios, es decir, el impacto que producen en el bienestar y la salud hace patente la necesidad de controlar estas acciones y valorarlas en si mismas, garantizando su calidad, que es determinante tanto para el paciente o cliente como para la institución.

En segundo lugar el volumen del trabajo y de las acciones de las enfermeras supone un elevado porcentaje del total de la actividad de cualquier institución sanitaria. Ello hace preciso que las consideraciones

de costo, eficiencia, adecuación y otros, se apliquen y muy especialmente a la labor y actividades que llevan a cabo estos profesionales.

En tercer lugar en las modernas instituciones de salud hay que tener en cuenta que cada vez más las enfermeras tienen la capacidad de planificar ejecutar y evaluar sus acciones profesionales en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propias en relación de cooperación e interdependencia con otros profesionales. Tal autonomía solo es posible si se acompaña de una seguridad y calidad en la acción que garantice a los usuarios de los servicios enfermeros ya sean las pacientes o los otros profesionales que estos servicios con identidad propia se prestan en los niveles de calidad idóneo e incluso tendiendo a la excelencia.¹⁰

2.7.1 CALIDAD DE LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El área de la salud tradicionalmente ha dedicado parte de sus energías a un control interno autodeterminado a la calidad de atención proporcionada a los pacientes. Esto se ha realizado a través de reuniones para la discusión sobre: morbilidad, mortalidad y requisitos de certificación para determinados procedimientos.¹¹

2.7.2 CONTROL Y GARANTIA DE LA CALIDAD

Tras la definición de la calidad asistencial, la valoración y el control es como hemos visto, el primer paso para la construcción de un sistema de garantías y mejora de la calidad de la atención sanitaria. Se define el control de calidad como la medida de una situación o característica, en comparación con los más elevados niveles que se hayan establecido, en cualquiera de los atributos o elementos de la calidad que hemos reseñado.

10. Mary Paz Monpart , op cit, pp.4-15

11. Instituto Mexicano del Seguro Social “*Revista de Enfermería*”,. Págs. 3,4y 6

El establecimiento de medios de valoración y control nos conduce a garantizar la calidad, en una situación que, en la realidad, se traduce en un autentico compromiso entre las instituciones y los profesionales, por una parte, y el usuario de los servicios de salud por la otra. Este compromiso asegura que la atención prestada por los primeros es la que reúne las mejores características para atender a las necesidades de los segundos. El control de la calidad, va por lo tanto, unido a los conceptos de garantía y mejora de la atención y en principio, no debe confundirse con las afirmaciones que hacen al respecto. Por ello, es preciso aclarar que: El control de la calidad no es simplemente la detección de errores. Como todo sistema de control. Lo que pretende el de calidad es justamente actuar anticipadamente, no para constatar que se han producido errores y solucionarlos, sino para evitar que se produzcan.

El control de calidad no es simplemente una investigación. Aunque se sirve de métodos investigadores, el control tiende a valorar el estado de calidad y a mantenerla en niveles óptimos, mientras que la investigación clínica pretende fundamentalmente comprobar una hipótesis previamente establecida.

En consecuencia la valoración y la garantía de la calidad asistencial tienen utilidad en una institución de servicios de salud para mantener un movimiento hacia delante, en la constante mejora de la atención, pudiéndose observar otros beneficios, tales como la ayuda que puede aportar para una correcta planificación; y el de constituir un elemento motivador favorece el grado de conocimiento del valor y las consecuencias de las acciones profesionales, personales, colegiales y el de propiciar la cohesión de los equipos de trabajadores de reconocida competencia, que por ese reconocimiento, se pueden sentir más inclinados a aceptar sugerencias de mejora.

2.8 INDICADORES EN SALUD

Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS las ha definido como “variables que sirven para medir los cambios”. Ellos son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras instituciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad.

En consecuencia, sin ellos tendríamos dificultades para efectuar comparaciones.¹²

2.8.1 INDICADORES DE CALIDAD EN ENFERMERIA

La Calidad de los Servicios de Enfermería se concibe como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios.

La gerencia en el cuidado de enfermería permite brindar un cuidado planificado, utilizando recursos disponibles, fijando objetivos, metas y estrategias, conociendo de antemano la situación real de salud de los involucrados, de manera que la toma de decisiones permita ofrecer una atención asertiva y objetiva. Además abarca aquéllas estrategias que se deben tener en cuenta para implementación, evaluación y control que llevan a la eficacia, eficiencia y efectividad del cuidado.

12. Instituto Mexicano del seguro Social, op cit, pp. 20-21

La enfermería es una profesión única cuyo enfoque primario es la atención brindada y administrada hacia los usuarios. Así las enfermeras son al mismo tiempo prestadoras de servicios y coordinadoras en el área de atención a la salud; esto es, tienen competentes clínicos y directivos. En un hospital, la administración de enfermería esta muy relacionada con el empleo del poder y la autoridad para brindar atención eficaz y de la calidad, con la administración tanto de la atención de enfermería como del sistema de prestación de los servicios para generar un ambiente que satisfaga las expectativas de la organización. Las enfermeras están muy relacionadas con la mejora de la calidad. Frecuentemente se considera el monitor de calidad por medio de su presencia con el paciente llevando a cabo su función de vigilancia.¹³

Los indicadores de calidad de enfermería que ha implementado el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) a nivel nacional son:

- Cumplimiento de los criterios básicos para la ministracion de medicamentos por vía oral.
- Vigilancia y control de venoclisis instalada.
- Trato digno.¹⁴

2.8.2 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

Con el fin de establecer vínculos de colaboración con la dirección general de calidad y educación en salud para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos se identificó la oportunidad de iniciar el proyecto de

13. Enrique Muller de la Lama, "*Cultura de Calidad de Servicios*". Pp.. 79-80

14. Eric De la Parra Paz. "*Calidad en el Servicio de Salud*", Edit. Trillas pp. 92-93.

Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, así, las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejorar, o bien, establecer procesos de mejora continua.

Los indicadores de los procedimientos fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al usuario del servicio y por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería. Dichos indicadores les permitirán comparar resultados con otras unidades de salud y así mismo, se presenta una oportunidad inmejorable para incorporar en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de salud los indicadores de calidad de los servicios de enfermería.

Sabemos realmente que para poder tener una buena relación en este caso en enfermera - paciente es llevar a cabo una buena comunicación por lo que a continuación se hace mención.

2.9 COMUNICACIÓN:

El proceso de comunicación dentro del cuidado es un elemento fundamental ya que permite establecer relación verbal y no verbal entre el cuidado y el cuidador, siendo una expresión de la vida misma y cuidar es un acto de vida. La comunicación es posible, sólo si este es un clima de libertad, en el que se pueden expresar pensamientos, sentimientos, sensaciones, etc. La comunicación que se debe establecer con el paciente, la familia y/o el grupo al que se le brindan cuidados debe estar matizada de elementos tales como:

- Autenticidad de los interlocutores
- Respeto a la originalidad ajena

- Respeto a la originalidad propia
- El deseo de compartir
- La preocupación de hacer comprender
- La actitud de escuchar y de atención permanente.

Dentro de este proceso de comunicación la mirada y la voz de quien cuida son indicadores de cuidado para quien es cuidado. Pero también es importante escuchar, que no es más que dejar hablar; dar tiempo al interlocutor para exponer en la medida y en el modo que considere oportuno su pensamiento y su estado de ánimo, no interrumpirlo y dejarlo terminar. Saber escuchar es difícil, pero es valioso encontrar un cuidador que sepa hacerlo, sobre todo en los momentos difíciles de escuchar con todo el ser. Estos aspectos hablan de la excelencia personal y profesional que no es otra cosa que la calidad aplicada al cuidado y la acción se constituye en las esencias de la profesión de enfermería. Esta requiere incorporar, identificar y revertir todo aquello que nos caracteriza como personas y como profesional de enfermería en el acto de cuidar la salud y/o la enfermedad de una persona o grupos de personas.¹⁵

2.9.1 FOMENTAR LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERIA

Para ser eficaces como administradoras, las enfermeras deben relacionarse entre sí, con los pacientes y sus familias y con el personal de otras disciplinas. La información acerca de asignaciones del modo en que debe operarse equipo especial, de la calidad de desempeño de una enfermera y de la reacción de un paciente al tratamiento es vital para el funcionamiento del equipo y la organización de atención de la salud.

15. Pinto N. *Comunicación y Cuidado de enfermería*, pp.. 326,328

Así pues, la comunicación es el proceso que vincula los esfuerzos para satisfacer las necesidades de los pacientes.¹⁶

2.9.2 LA COMUNICACIÓN EN ENFERMERIA

Los profesionales de enfermería que se comunican eficazmente son más capaces de iniciar un cambio que favorezca la salud, establecer una relación de confianza con el cliente y las personas de apoyo y así evitar problemas legales asociados a la práctica de enfermería. La comunicación eficaz resulta esencial para la creación de una relación enfermera-cliente.¹⁷

2.9.3 RELACION ENFERMERA-PACIENTE

Un aspecto fundamental de la enfermería es la relación que se establece entre la enfermera y el paciente. Es una relación de índole profesional, basada en la confianza y el respeto mutuo.

Cuando una persona acude a una institución médica es, porque necesita ayuda en relación con su salud; la enfermera y otros profesionales se encuentran ahí para proporcionarle lo que necesita, así pues la enfermería es una de las profesiones de asistencia y ayuda. En su trabajo, ellas ayudan a otros a promover y conservar su salud óptima, evitar que se enfermen, restablecer su salud después de una enfermedad, afrontar las exigencias de enfermedades crónicas o terminales. En el campo de la salud, la relación de ayuda suele denominarse terapéutico, porque es un elemento clave que permite al profesional de la salud brindar asistencia al paciente.

16. Saunder, *“Cuidados de Enfermería, Edit. Interamericana”*, Pág. 68

17. B.Kozier, G Erb, K Blais, J.M Wilkinson., op. cit. Pág. 68

2.9.3.1 PRINCIPALES FASES EN LA RELACION ENFERMERA – PACIENTE

Los investigadores que han estudiado las relaciones enfermera-paciente identifican tres fases principales en la relación por lo que se analizan las siguientes:

1.- fase de orientación: es la fase en la cual la enfermera y el paciente comienzan a conocerse y a confiar entre si. En circunstancias normales, la inician siendo extraños. Sin embargo, la enfermera suele tener la ventaja de contar con alguna información del paciente antes de conocerlo.

2.- fase de trabajo: La fase de trabajo de la relación enfermera-paciente se inicia cuando la primera ha reunido todos sus datos y está comenzando a elaborar un plan tentativo de atención para el paciente. Una mayor insistencia en la responsabilidad de quienes proporcionan y obtienen los servicios de salud ha originado la premisa de que ambos son personas iguales en el proceso de atención. Esta premisa guía a la enfermera en su relación de trabajo con el paciente. Ambos participan en el establecimiento de metas satisfactorias y los dos tienen un papel preciso que cumplir para lograrlas.

2.- fase de terminación: La relación enfermera-paciente termina cuando el enfermo es dado de alta, la enfermera lo deja por otros deberes o por vacaciones, o deja de encargarse de él por cualquier otra razón.¹⁸

18. Du Gas, *“Tratado de Enfermería Práctica, Edit. Interamericana”*, pp. 117-120

2.9.3.2 PRINCIPIOS DE LA COMUNICACIÓN EFICAZ ENFERMERA- CLIENTE

1. Los elementos esenciales en este proceso son:

- a) Emisor. Es la persona que tiene algo que decir.
- b) Mensaje. Es lo que el emisor quiere decir.
- c) Receptor. Es la persona a quien se dice algo.

2. Principios básicos.

- a) Conocimiento y credibilidad. Debe revisarse el tema antes de transmitir a otros la información importante. Estar bien informado ayuda a establecer la propia credibilidad y fomenta la confianza en las relaciones.
- b) Interés. Al interactuar con los demás la enfermera debe demostrar interés y compasión, mantener una actitud objetiva, tratar de ser positiva y evitar hacer juicios.
- c) Atención. Es necesario dedicar tiempo a escuchar activamente las preguntas y preocupaciones de otras personas y no preparar una respuesta antes de que la persona haya terminado de hablar.
- d) Claridad. Deben utilizarse palabras y explicaciones sencillas. Ha de preocuparse hablar de manera pausada y clara e identificar y aclarar las malas interpretaciones.
- e) Validación. La enfermera debe verificar que la persona comprende lo que se le dice y pedirle que lo exprese con sus propias palabras.
- f) Humor. Reírse de uno mismo o de una situación específica puede ser terapéutico y aligerar un momento que de otro modo sería demasiado solemne.
- g) Indicios no verbales. Es necesario comparar las conductas no verbales con el mensaje transmitido a fin de determinar si éste se recibió correctamente. Dado que el aspecto también es un indicio no

verbal, la enfermera debe asegurarse de que su arreglo dice lo que ella desea.

Toma de decisiones compartida.

- a) Las enfermeras toman decisiones basadas en sus propios valores personales, experiencias cotidianas, percepciones, educación y conocimiento.
- b) El trabajar en grupo ayuda a que las enfermeras se sientan más comprometidas entre sí y con la decisión. También es posible que los miembros del grupo reúnan sus ideas y proporcionen alternativas ingeniosas para las decisiones básicas.
- c) La efectividad de esta decisión suele depender de la dinámica del grupo.
- d) Las decisiones pueden ser unánimes, por consenso o por mayoría.

Resolución de conflictos.

- a) Hay conflictos cuando dos personas o grupos difieren notablemente en sus ideas, funciones o acciones. Es posible que una de ellas, o ambas, perciben una amenaza.
- b) Los conflictos son inevitables en una organización dinámica
- c) Con mucha frecuencia, un conflicto se resuelve por retractación. También puede resolverse empleando la fuerza, conciliando, dejándolo de lado, con una solución intermedia o una confrontación.
- d) Las enfermeras con habilidad para comunicarse han aprendido que cada uno de los estilos antes mencionados puede emplearse en circunstancias específicas siempre que se sigan unas pocas reglas básicas.
 - 1) Identificar claramente el asunto escuchando de manera activa.
 - 2) Confrontar sólo el asunto, no a la persona.
 - 3) Discutir en privado, lejos de los pacientes y el área central de enfermería.

- 4) Concentrarse en la resolución del problema.
- 5) Incluir un tercero neutral (p. ej., el director) para que medie si las partes pueden resolver el conflicto.¹⁹

2.9.4 FACTORES QUE AFECTAN LA COMUNICACION

Una comunicación eficaz significa que el mensaje que el emisor pretendió enviar al receptor deseado, este lo recibió e interpretó correctamente, y fue capaz de responder en alguna forma significativa para indicar que recibió el mensaje. Puede haber dificultades en cualquier parte del proceso de la comunicación.

Fuente (emisor). El emisor puede tener alguna dificultad en poner su mensaje en forma que pueda comunicarse, lo que se denomina codificarlo.

Mensaje. Es posible que el mensaje en sí no sea claro. Algunos tienen problemas para pensar con claridad el mensaje que desean enviar. Sin embargo, a menudo la persona sabe lo que desea comunicar, pero la forma como lo expresa no es del todo lo que pretendía.

Conducto. El conducto elegido para enviar un mensaje debe ser adecuado. Básicamente hay tres conductos principales por lo que es posible comunicarse con otras personas: verbal, escrito y no verbal.

Receptor. También puede haber problemas de comunicación en el lado del receptor del proceso. El mensaje puede llegar a un receptor no deseado.²⁰

19. Saunders. op. cit. pp. 68-69

20. Du Gas. op. cit. pp. 121-123

A continuación se hace mención de la importancia del trato adecuado al paciente

2.9.5 TRATO ADECUADO

Es un concepto relativamente nuevo que debe ser claramente diferenciado del concepto de “satisfacción del paciente” el cual se relaciona con las interacciones clínicas como con aspectos no médicos. El trato adecuado, por su parte se enfoca exclusivamente en los aspectos no médicos de la interacción del usuario con el sistema y no incorpora los aspectos clínicos de esta interacción. Con fines operacionales, el trato adecuado ha sido desagregado en ocho dominios los cuales se definen a continuación:

- a) **AUTONOMÍA:** es la capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud.
- b) **CONFIDENCIALIDAD:** relacionada con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud;
- c) **COMUNICACIÓN:** significa que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opciones de tratamiento.
- d) **TRATO DIGNO:** este dominio implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona.
- e) **ATENCION PRONTA:** hace referencia al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta.
- f) **CONDICIONES DE LAS COMODIDADES BÁSICAS:** estas evalúan, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de

espera, la amplitud de éstas y la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados.

g) ACCESO A REDES DE APOYO SOCIAL: implica que los usuarios hospitalizados no se encuentren aislados y se mantengan en contacto con sus familiares o con otros miembros de sus redes de apoyo.

h) CAPACIDAD DE ELECCION DEL PROVEDOR DEL SERVICIO: hace mención a que los usuarios puedan decidir con quien y donde atenderse.

Estos dominios fueron identificados, seleccionados y definidos por diferentes grupos de expertos convocados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²¹

2.9.6 TRATO DIGNO

Es una dimensión de la calidad de la atención y se definen como:

- Respeto a los derechos humanos y a las características de la persona
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien sea responsable de el o de ella.
- Interés manifiesto en las personas, sus mensajes, sensaciones y sentimientos
- Amabilidad.

El conjunto de indicadores que conforman este índice miden el grado de satisfacción del usuario (paciente, familiar, acompañante) por la

21. Instituto Mexicano del Seguro Social, op. cit, Pág. 13

22. Puente Rosas Esteban Revista Trato Adecuado en México Pág. 4-6

oportunidad en la atención, información proporcionada por el médico, los medicamentos surtidos y el trato brindado por el personal en la unidad médica, en servicios de urgencias de hospitales de segundo nivel en áreas urbanas y rurales.²²

2.9.7 DECLARACION DE PRINCIPIOS DEL CODIGO DE ETICA DE ENFERMERIA:

La profesión exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética la cual se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto a la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

BENEFICIENCIA Y NO MALEFICIENCIA: Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Si al aplicar este principio no se tienen las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para

la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

JUSTICIA: La justicia en atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traduce en un trato humano. Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona. Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

AUTONOMIA: Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

El reconocimiento de la autonomía de la persona se da ética y jurídicamente con el respeto a la integridad de la persona y con el consentimiento informado en el que consta, preferiblemente por escrito si el paciente está consciente, que comprende la información y está debidamente enterado en el momento de aceptar o rechazar los cuidados y tratamientos que se le proponen. A través del consentimiento informado se protege y hace efectiva la autonomía de la persona, y es absolutamente esencial en los cuidados de enfermería.

VALOR FUNDAMENTAL DE LA VIDA HUMANA: Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir, la imposibilidad de toda

acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

PRIVACIDAD: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo. El principio de privacidad tiene ciertos límites por la posible repercusión personal o social de algunas situaciones de las personas al cuidado de la enfermera, y el deber de ésta de proteger el bien común, sin que esto signifique atropellar la dignidad de la persona a su cuidado.

FIDELIDAD: Entidad como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso. No obstante, a veces pueden hacerse excepciones, cuando el bien que se produce es mayor que el cumplimiento de las mismas o cuando el bienestar de la persona o de un tercero es amenazado; pero es importante que estas excepciones las conozca la persona al cuidado de enfermería.

VERACIDAD: Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por ende, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

CONFIABILIDAD: Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus

conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas. La enfermera debe mantener y acrecentar el conocimiento y habilidades para dar seguridad en los cuidados que brinda a las personas y a la comunidad.

SOLIDARIDAD: Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las instituciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

La solidaridad debe lograrse también con personas o grupos que tienen ideas distintas o contrarias, cuando estos son un apoyo necesario para lograr un beneficio común. Este principio es fundamental en la práctica de enfermería ya que en todas las acciones que se realizan para con las personas se parte de la necesidad de asociarse para el logro del bien común y la satisfacción mutua.

TOLERANCIA: Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta, la enfermera debe ser capaz de diferenciar la tolerancia de debilidad y de un malentendido respeto a la libertad y a la democracia. También debe saber diferenciar la tolerancia de la fortaleza mal entendida o del fanatismo.

TERAPÉUTICO DE TOTALIDAD: Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según ésta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que convella y los beneficios que procura.

DOBLE EFECTO: Este principio orienta el razonamiento ético cuando al realizar un acto bueno se derivan consecuencias buenas y malas. Se puede llegar a una formulación sobre la licitud de este tipo de acciones partiendo de:

- ✓ Que la acción y el fin del agente sea bueno;
- ✓ Que el efecto inmediato a la acción no obstante no sea bueno, que existan causas proporcionalmente graves.

2.9.8 DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES DEL CODIGO DE ETICA CON RESPECTO A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y A LOS CENTROS DE ASISTENCIA.

Quizá como consecuencia del movimiento a favor de los derechos civiles el movimiento de protección al consumidor, o simplemente por la llegada de una nueva era social, parece ser que actualmente todo el mundo se preocupa de los derechos humanos. Como era de esperarse, también la profesión médica se ha visto afectada.

ARTICULO 1°.- La presente ley regula los derechos y obligaciones de los pacientes con respecto a los profesionales de la salud y a los Centros de Asistencia de la Salud.

ARTICULO 2°.- Los pacientes tienen derecho a recibir tratamiento igualitario, y no podrán ser discriminados por ninguna razón ya sea de raza, sexo, religión, nacionalidad de origen, impedimentos físicos, condición social, nivel cultural o capacidad económica.

ARTICULO 6°.- Toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda las acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Igualmente tiene el derecho de elección del sistema asistencial que considere más adecuado, sin más limitaciones que las derivadas de su situación personal.

ARTICULO 7°.- Todo paciente tiene derecho a una asistencia en salud de calidad, con profesionales debidamente capacitados y autorizados legalmente para el ejercicio de su actividad por las autoridades competentes. Igualmente tendrá el derecho a acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados y disponibles, y a ser informado de los posibles efectos colaterales a su utilización y al propósito con que se prescribieron.

Igual derecho tiene a recibir una atención amable y respetuosa, en un ambiente adecuado, sin restricciones o demoras innecesarias.

Todo paciente tendrá derecho a que sus exámenes diagnósticos y de laboratorio cuenten con el debido control de calidad y al acceso a los mismos cuando lo solicite.

ARTICULO 8°.- El Ministerio de Salud Pública es responsable de controlar la propaganda destinada a estimular tratamientos, o consumo de medicamentos, que no tengan la adecuada documentación científica que les acredite,

ARTICULO 9°.- El Ministerio de Salud Pública informará públicamente y en forma regular sobre las condiciones sanitarias en el territorio nacional, así como al mismo corresponde levantar y publicitar las estadísticas pertinentes.

ARTÍCULO 10.- El Estado garantizará en todos los casos el acceso a medicamentos básicos y necesarios para atender las enfermedades crónicas.

Las patologías de carácter crónico deben ser tratadas, sin ningún tipo de limitación, ya sea en lo referente a la hospitalización, obtención de medicamentos, modalidades asistenciales científicamente válidas, así como la rehabilitación de las mismas.

ARTICULO 11.- Todo procedimiento de asistencia médica será acordado entre el paciente luego de recibir información adecuada, suficiente y continúa por el profesional de salud. La autorización del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos estará consignada en la historia clínica en forma expresa (consentimiento informado). Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.

Sin perjuicio de lo establecido se presume, salvo prueba en contrario, que medio consentimiento expreso o tácito del paciente por la mera consignación de lo actuado en la historia clínica.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor, que imposibilitan el acuerdo requerido, o cuando la circunstancia no permita demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, se podrán llevar adelante los procedimientos a realizar, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.

ARTÍCULO 12.- La docencia de la práctica médica en todos los casos podrá ser realizada en cualquiera de las instituciones de carácter asistencial. Para que la misma revista la condición académica, requerirá que se halle incluida en la normativa de la Facultad de Medicina y convenida con las Instituciones Estatales y Privadas donde se lleve a cabo.

2.9.8.1 DERECHOS RELATIVOS A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

ARTÍCULO 13.- Las instituciones de asistencia médica deberán integrar un Tribunal de Ética que estará conformado por profesionales de salud y por integrantes no Médicos representativos de la sociedad civil. En todos los casos, al menos la mitad de sus integrantes serán de sexo femenino.

ARTÍCULO 14.- Todo paciente tiene el derecho a disponer de su cuerpo con fines diagnósticos y terapéuticos.

ARTÍCULO 15.- Todo paciente tiene derecho a un trato respetuoso y digno por parte de los integrantes del sistema de atención de salud, que tome en cuenta especialmente su situación de dependencia.²³

23. Cruzada Nacional por la salud. *“Código de Ética para Enfermería en México”* pp. 11-18

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La atención que proporciona el personal de enfermería a los (as) usuarios del servicio de Hospitalización y Pediatría de un Hospital Rural Oportunidades #32, Paracho de Verduzco Michoacán, es de calidad?

IV. JUSTIFICACION

La presente investigación que se aborda, es de gran interés ya que el reto de mejorar la calidad en los servicios de salud y propiamente la atención en los servicios de enfermería, que se otorga a la sociedad o al usuario hospitalizado esta debe ser de calidad y calidez ya que ha sido abordado a través de muchos esfuerzos realizados en las diferentes instituciones de salud tanto públicos como privados.

Por lo que es importante recordar que la persona es un ser humano no una suma de cualidades, debemos tener presente a quien cuidamos, esto no es más que tratar al individuo como personas centrar en ella nuestra atención sin dejarnos desviar por la patología, el catéter, el equipo, etc.

El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejora de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto, deben respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos. Uno de los problemas serios como profesionistas es que en ocasiones tratamos a los pacientes como patologías y no como personas.

Debido a las tendencias educacionales y los sistemas económicos, se debe realizar un cambio de paradigmas sobre la calidad de los servicios de salud, aunque sabemos, que el paso de un paradigma a otro, toma tiempo; es por ello que la Cruzada Nacional por la Calidad esta diseñada para catalizar el tránsito hacia un nuevo paradigma. De tal manera que este nuevo enfoque posibilite atención eficiente, efectiva y humanizada.

Tomando en cuenta que los usuarios de los servicios hospitalarios merecen un trato digno y respetuoso, así como una atención de calidad, y conocedores de que la protección a la salud es la razón de ser de la búsqueda por la calidad de atención que se brinda a los (as) usuarios del

servicio de Hospitalización y Pediatría de un Hospital Rural Oportunidades #32, Paracho de Verduzco Michoacán, que nos servirá para analizar necesidades y expectativas de los usuarios hospitalizados , de acuerdo a los estándares de calidad, para lograr que estos reconozcan explícitamente y eficientemente la calidad que les brinda el personal de enfermería, como un valor primordial en instituciones de salud y así superar los retos, y las debilidades que se encuentren.

V. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la percepción de los pacientes respecto a la atención que les brinda el personal de enfermería de los servicios de Hospitalización y Pediatría del Hospital Rural # 32 Paracho de Verduzco Michoacán.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la percepción del personal de enfermería en relación a la atención que se brinda a los pacientes.
- Determinar por servicio la atención que se brinda a los (as) usuarios de Hospitalización y Pediatría Hospitalizados.

VI. METODOLOGIA

Los datos para la elaboración de este trabajo se aplicaron 31 encuestas de tipo opción múltiple aplicadas al personal de enfermería de base en los servicios hospitalización y pediatría del Hospital Rural de Oportunidades No. 32 de Paracho de Verduzco Michoacán.

Para los pacientes de los servicios de hospitalización y familiares de los niños de pediatría se aplico un cuestionario estructurado en 13 preguntas En las encuestas mencionadas anteriormente se utilizaron como opciones de respuestas: siempre, en ocasiones, casi nunca y nunca en escala de Likert tomando un valor de 1 a 5 respectivamente.

La validación de dicho instrumento de recolección de datos de trato digno se utilizo el Alpha de Cronbach, para su consistencia global el cual apporto un valor de .7011 y para su simetría interna, por el método de mitades con el estimador de Spearman-Brown, obteniendo un valor de .7788 a través de estos dos métodos de evaluación se observo una fiabilidad por arriba de 70% lo cual hace que el instrumento sea confiable.

Para la variable de administración de medicamentos apporto un valor de .7529 y para su simetría interna se obtuvo un valor de .7800. Utilizando el mismo procedimiento.

Para la vigilancia y control de venoclisis se presentaron tres reactivos únicamente que por motivo de cantidades no se procedió a evaluarlos mediante analices de fiabilidad quedando únicamente como preguntas de opción de respuesta cerrada.

6.1 POBLACION:

Personal de enfermería de base que labora en los servicio de hospitalización y pediatría y pacientes del Hospital Rural Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Michoacán.

6.2 MUESTRA:

La muestra es de 31 enfermeras de base y 62 pacientes del servicio de Hospitalización y Pediatría Hospitalizados.

6.3 CRITERIOS

DE INCLUSION:

- Personal de enfermería de Base que laboran en los servicios de hospitalización y Pediatría de un hospital Rural Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Michoacán.

DE EXCLUSION:

- Personal de enfermería que no labora en los servicios de hospitalización, Pediatría.
- Y personal de enfermería que no sea de base de un Hospital Rural Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Michoacán

6.4 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Descriptivo. Observacional, Cuantitativo y Transversal.

6.5 LIMITES:

TIEMPO: del 01 Septiembre 2005 al mes de Mayo 2006

ESPACIO: El estudio se realiza en la clínica IMSS-Oportunidades de Paracho de Verduzco Michoacán.

6.6 RECURSOS:

HUMANOS:

La investigadora Pasante de Licenciatura en Enfermería

FISICOS:

Hospital Rural Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco

FINANCIEROS: Lo disponible por la investigadora.

6.7 ANALISIS ESTADISTICO

El tratamiento estadístico fue llevado a cabo mediante estadística descriptiva para las variables sociodemográficas descriptivas en términos de media y desviación estándar. Para la parte inferencial utilizamos el modelo de muestras independientes no paramétrico U Mann-Whitney.

Las tablas de contingencia se analizaron a través de estadístico de prueba Chi-Cuadrada. Se reportaron cifras estadísticamente significativas para aquellos valores $P < 0.05$. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS Versión 10.0 para Windows.

VII. VARIABLES

7.1 VARIABLE DEPENDIENTE:

- ✓ Calidad en la Atención

7.2 VARIABLES INDEPENDIENTES:

- ✓ Personal de Enfermería.
- ✓ Usuarios Hospitalizados de los Servicios de Hospitalización y Pediatría

VIII. ETICA DEL ESTUDIO

En el presente estudio se incluyeron usuarios y personal de enfermería de base del servicio de hospitalización y pediatría del Hospital Rural de Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Michoacán, cuya participación fue de manera voluntaria promoviendo el anonimato e integridad física y moral así como la confidencialidad de la información obtenida.

IX. RESULTADOS

De las 31 encuestas aplicadas al personal de enfermería de base y 62 a los usuarios de los servicios de hospitalización y pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de verduzco Mich. Se obtiene lo siguiente:

La edad que presenta el personal de enfermería es de uno (3.23%) tiene entre 25-30 años de edad; uno (3.23%) entre 31-35; 10 (32.25%) entre 36-40; cinco (16.13%) entre 41-45 años; siete (22.58%) entre 46-50, cinco (16.13%) entre 51-55, dos (6.45%) se encuentra entre 56-60 años de edad. (Cuadro y grafica No.1).

En la variable estado civil se entrevistaron a 31 enfermeras de las cuales 24(77.42%) son casadas, cinco (16.13%) solteras y dos (6.45%) son divorciadas. (Cuadro y grafica No. 2)

En cuanto a su nivel académico de enfermería se precisa que cinco (16.13%) son auxiliares (en este nivel se considero la primaria, secundaria y preparatoria como auxiliares en enfermería) 17(54.84%) nivel técnico y nueve (29.03%) tienen nivel licenciatura. (Cuadro y grafica No. 3)

Por lo que respecta al servicio se encuentran 21 (78.49%) enfermeras laborando en el servicio de hospitalización y 10(21.51%) en pediatría. (Cuadro y grafica No. 4)

En relación al turno de trabajo de enfermería ocho (33.33%) se encuentran en matutino, 14(34.41%) vespertino y nueve (32.26%) en turno nocturno. (Cuadro y grafica No. 5)

Del personal de enfermería entrevistado se observa que 16 (51.6%) menciona siempre presentarse con el paciente, 13(41.9%) casi siempre y

dos (6.5%) en ocasiones. En lo que respecta al pacientes, 39(62.9%) mencionan siempre enfermería se presenta con el, 14(22.6%) casi siempre, seis (9.7%) en ocasiones, dos (3.2%) casi nunca y uno (1.6%) nunca. (Cuadro y grafica No. 6)

En identificación enfermera – paciente 14(45.2%) enfermería siempre refiere identificar al paciente por su nombre, 14(45.2%) casi siempre dos (6.5%) en ocasiones y uno (3.2%) mencionan nunca. El 51(82.3%) de los pacientes mencionan siempre, nueve (14.5%) casi siempre y dos (3.2%) en ocasiones. El contraste estadístico Chi Cuadrada de un valor de 14.417 asociado a un P. valor =.002 lo cual lo hace altamente significativo. Y esto se traduce en que tanto enfermería como el propio paciente perciben que cuando se identifica hacia el siempre lo hace por su nombre y menor cuantía la opción de casi siempre. La magnitud del efecto es .394 razón estándar (pequeña). (Cuadro y grafica No. 7)

En cuanto al saludo de enfermera-paciente se precisa que 16 (51.6%) de enfermería menciona siempre saludar al paciente, 14(45.2%) casi siempre uno (3.2%) en ocasiones. En cuanto al paciente 50(80.6%) dice siempre, seis (9.7%) casi siempre y seis (9.7%) en ocasiones. El contraste estadístico Chi Cuadrada presenta un valor 15.697 lo cual se asocia a un p. valor igual a .000 lo cual lo hace muy altamente significativo por lo que se concluye que enfermería y paciente perciben que siempre lo saluda en una forma amable y en menor cantidad casi siempre. La magnitud del efecto es .411 su razón estándar (mediano). (Cuadro y grafica No. 8)

De las 31 enfermeras entrevistadas se encuentra que 21(67.7%) de ellas menciona siempre brindar atención solicitada por el paciente y 10(32.3%) casi siempre y en los pacientes 51(82.3%) refieren siempre nueve (14.5%) casi siempre y dos (3.2%) en ocasiones. (Cuadro y grafica No. 9)

Podemos observar que 17 (54.8%) enfermeras mencionan siempre que el trato hacia el paciente es amable y oportuno, 13(41.9%) casi siempre y uno (3.2%) en ocasiones. En cuanto a los pacientes entrevistados 48(77.4%) mencionan siempre y 14(22.6%) casi siempre recibir trato amable y oportuna. En el contraste estadístico Chi Cuadrada el valor resultante es 6.174 asociado a un Valor de p. Igual a .046 lo cual lo hace estadísticamente significativo y esto se traduce que la percepción de enfermería y del paciente siempre califica el trato amable y oportuna de enfermería al paciente y en menor porcentaje la opción de casi siempre. La magnitud es de .258 su razón estándar (pequeña). (Cuadro y grafica No.10)

Se precisa que 28(90.3%) de enfermería siempre menciona tratar con respeto al paciente, dos (6.5%) casi siempre y uno (3.2%) en ocasiones. En lo que respecta al pacientes 58(93.5%) menciona siempre y cuatro (6.5%) casi siempre. (Cuadro y grafica No. 11)

De las 31 encuestas aplicadas al personal de enfermería 18(58.1%) de ellas mencionan siempre orientar al paciente antes de la realización de procedimientos y 13(41.9%) casi siempre. En los pacientes encuestados 47(75.8%) mencionan que siempre reciben orientación 12(19.4%) casi siempre; dos (3.25) en ocasiones y uno (1.6%) nunca. (Cuadro y grafica No. 12)

En cuanto a la seguridad del paciente se precisa que 22(71.0%) de enfermería menciona siempre brinda seguridad al paciente al atenderlo y nueve (29.0%) casi siempre brindar seguridad, En cuanto a los pacientes 46(74. %) la opción de siempre, 14(22.6%) casi siempre y dos (3.2%) en ocasiones. (Cuadro y grafica No. 13)

Del personal de enfermería entrevistado 19(61.3%) de ellas manifiestan que siempre se interesa para que el paciente tenga una estancia agradable y 12 (38.7%) casi siempre. En el paciente entrevistado 51(82.3%) menciona siempre, nueve (14.55) casi siempre y dos (3.2%) en ocasiones. El contraste estadístico Chi Cuadrada presenta un valor de 7.564 asociados a un P. Valor igual a .023 lo cual lo hace significativo y esto se traduce en que el personal de enfermería y el paciente siempre perciben que existe interés para que dentro de lo posible su estancia sea agradable y en menor cantidad casi siempre. La magnitud del efecto es .285 razón estándar (pequeña). (Cuadro y grafica No. 14)

Podemos observar que 20 (64.5%) de enfermería mencionan siempre procurar ofrecer al paciente las condiciones necesarias que guardan su intimidad y pudor 11(35.5%) casi siempre y con respecto a los pacientes 51(82.3%) mencionan siempre y 11(17.7%) casi siempre. (Cuadro y grafica No 15)

En la orientación de enfermería al paciente y familiares, sobre cuidados domiciliarios se precisa que ocho (25.8%) mencionan siempre, 12(38.7%) casi siempre, 10(32.3%) en ocasiones y uno (3.2%) casi nunca. En los pacientes 25(40.3%) mencionan siempre 19(30.6%) casi siempre, 10(16.1%) en ocasiones y ocho (12.9%) mencionan nunca recibir orientación al respecto. (Cuadro y grafica No. 16).

De las 31 enfermeras entrevistadas ocho (25.8%) mencionan siempre hay continuidad en la atención de enfermería al paciente hospitalizado 18(58.1%) casi siempre y cinco (16.1%) en ocasiones. En lo que respecta al paciente 45(72.6%) de ellos dice siempre; nueve (14.5%) casi siempre y ocho (12.9%) en ocasiones percibe que hay continuidad en los cuidados recibidos por enfermería. El contraste estadístico de Chi Cuadrada presenta un valor de 21.588 asociado a un P-Valor de .000 lo cual lo hace

muy altamente significativo y esto se puede traducir en que el personal de enfermería y el paciente existe una percepción de que siempre hay continuidad en los cuidados brindados las 24 horas y en menor porcentaje casi siempre. La magnitud del efecto es .482 razón estándar (mediano). (Cuadro y grafica No. 17)

En cuanto a la satisfacción de enfermería por el trato brindado al paciente hospitalizado 22(71.0%) menciona que siempre tiene satisfacción ocho (25.8%) casi siempre y uno (3.2%) en ocasiones y de los pacientes que participaron en esta encuesta 59(95.2%) mencionan siempre y tres (4.8%) casi siempre se sienten satisfechos por el trato recibido de enfermería. El contraste estadístico que se presenta de Chi Cuadrada da un valor de 11.071 asociado a un P-Valor .004 lo cual lo hace significativo. Por lo tanto se puede decir que la percepción que tiene el personal de enfermería y el paciente es siempre en cuanto si se siente satisfecha con el trato brindado y en menor porcentaje la opción de casi siempre. La magnitud del efecto es .394 razón estándar (pequeña). (Cuadro y grafica No. 18)

Al entrevistar al personal de enfermería sobre lavado de manos en la preparación y ministración de medicamentos según servicio se precisa que 14(66.7%) siempre en el servicio de hospitalización lo lleva a cabo y siete (33.3%) casi siempre y el servicio de pediatría el 10(100%) mencionan siempre realizan este procedimiento. (Cuadro y grafica No. 19).

De las 31 encuestas aplicadas al personal de enfermería 20(95.2%) en el servicio de hospitalización siempre verifica que los datos del medicamento y el nombre del paciente correspondan con la orden médica y uno (4.8%) casi siempre. Y en el servicio de pediatría 10(100.0%) siempre. (Cuadro y grafica No. 20)

Referente a la verificación del nombre y presentación del medicamento por enfermería 20(95.2%) en el servicio de hospitalización mencionan siempre llevarlo acabo y uno (4.8%) casi siempre. En el servicio de pediatría 10(100.0%) mencionan siempre. (Cuadro y grafica No. 21)

En el servicio de hospitalización el 17(81.0%) de enfermería siempre lleva acabo la verificación de la caducidad del medicamento, tres (14.3%) casi siempre y uno (4.8%) en ocasiones. En el servicio de pediatría nueve (90.0%) mencionan siempre y uno (10.0%) casi siempre. (Cuadro y grafica No. 22)

En lo que respecta a la verificación de dosis y hora de administrar el medicamento 19 (90.5%) de enfermería en el servicio de hospitalización siempre lo lleva acabo y dos (9.5%) casi siempre y el 10(100.0%) En el servicio de pediatría siempre verifica este procedimiento. (Cuadro y grafica No.23)

Se precisa que 16(76.2%) en el servicio de hospitalización enfermería siempre verifica que el paciente ingiera el medicamento y cinco (23.8%) casi siempre. En el servicio de pediatría 10(100.0%) siempre. (Cuadro y grafica No. 24)

En el servicio de hospitalización 18(85.7%) de enfermería siempre lleva acabo un registro de medicamento al termino del procedimiento y tres (14.3%) casi siempre. Nueve (90.0%) en el servicio de pediatría siempre y uno (10.0%) en ocasiones lo realiza. (Cuadro y grafica No. 25)

En cuanto a la solución instalada el 14(66.7%) del personal de enfermería en el servicio de hospitalización siempre menciona que tiene un tiempo menor de 72 horas y siete (33.3%) casi siempre. En el servicio de pediatría

ocho (80.0%) siempre y dos (20.0%) la opción de casi siempre. (Cuadro y grafica No. 26)

De las 31 encuestas aplicadas al personal de enfermería nueve (90.5%) en el servicio de hospitalización mencionan siempre que la solución del paciente cuenta con datos de identificación y dos (9.5%) casi siempre. En el servicio de pediatría 10(100.0%) mencionan siempre. (Cuadro y grafica No. 27)

Del personal de enfermería de los servicios entrevistados 13(61.9%) en hospitalización siempre el sitio de punción y área periférica del paciente se encuentran sin signos de infección, siete (33.3%) casi siempre y uno (4.8%) en ocasiones. En el servicio de pediatría ocho (80.0%) mencionan siempre y dos (20.0%) casi siempre. (Cuadro y grafica No. 28).

X. CONCLUSIONES

Al analizar los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas al personal de enfermería y a los usuarios del servicio de hospitalización de un hospital Rural de Oportunidades # 32, se llegó a lo siguiente:

Objetivamente se considera que la atención proporcionada al usuario es “buena” de acuerdo a lo manifestado de las encuestas aplicadas a los usuarios y al personal de enfermería.

Se precisa una mayor atención de mejor calidad en el servicio de pediatra que en el servicio de Hospitalización. Para fines de la calidad lo recomendable es la excelencia con la finalidad de que el usuario tenga una excelente satisfacción en la atención que les brinda enfermería.

Se pudo apreciar directamente que el personal de enfermería tiene la capacidad de llevar a cabo sus funciones y actividades que le competen a pesar de algunas carencias de insumos para la realización de los procedimientos de enfermería. Sin embargo esto no propicia que su actuación sea profesional y humanitaria.

Se pudo observar que el programa de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de salud está complementado en este hospital y el personal de enfermería está cumpliendo con sus funciones de manera significativa lo que se traduce en atención de calidad al usuario hospitalizado.

XII. SUGERENCIAS

- Que el jefe de enfermeras de la Clínica Hospital Rural Oportunidades # 32 continúe programando Cursos de enseñanza continua de acuerdo a los problemas que se susciten en los servicios del hospital.

- Que el departamento de enseñanza continúe preparando el trabajo de calidad para que la Clínica Hospital Rural Oportunidades # 32 sea calificada con excelencia.

- Fortalecer conocimientos del personal de enfermería, y de nuevo ingreso acerca de los indicadores que se encuentran inmersos en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

- Que lleven acabo sesiones donde cada una de las enfermeras expongan temas relacionados con las principales patologías que se presenta en los servicios de hospitalización y pediatría, con la finalidad de incrementar sus conocimientos y habilidades.

XII. BIBLIOGRAFIA

- 1.- B.KOZIER, G.ERB, K. BLAIS, J.M. WILKINSON. “*Fundamentos de enfermería*” Vol. 1 Edit. Interamericana 5ta Edición p. 51

- 2.-MONPART Mary Paz “*Administración de los Servicios de Enfermería*” Edit Masson 1995 pp. 3-6

- 3.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “*Revista de Enfermería*” Vol. 4 Edit Interamericana 1989 pp. 101-108

- 4.- BALDERAS Pedrero Ma. De la Luz “*Administración de los Servicios de Enfermería*” Edit. Interamericana Ma Graw Hill 2da Edición pp.20-26

- 5.- SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL “*Cuaderno de Divulgación Científica*” Num. 26 Sección III 2001 pp. 46 - 51

- 6.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “*Revista de Enfermería*” Vol. 5 Num. 1 Edit. Interamericana, 1992, pp.37-43

- 7.- SAUNDERS “*Cuidados de Enfermería*” Vol. 1 Edit. Mc. Graw Hill – Interamericana, 2000 p.68

- 8.- DU GAS “*Tratado de Enfermería*” vol. 1 Edit. Mc Graw Hill Interamericana 2000 Cuarta Edición pp. 121-123

9. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “*Revista de Enfermería*”

Vol. 47 Edit Interamericana 2004, pp. 20-21

10.- DE LA PARRA Paz Erik “*Calidad en el Servicio de Salud*” Edit.

Trillas, México DF 1997 pp. 92-93

X111. A N E X O S

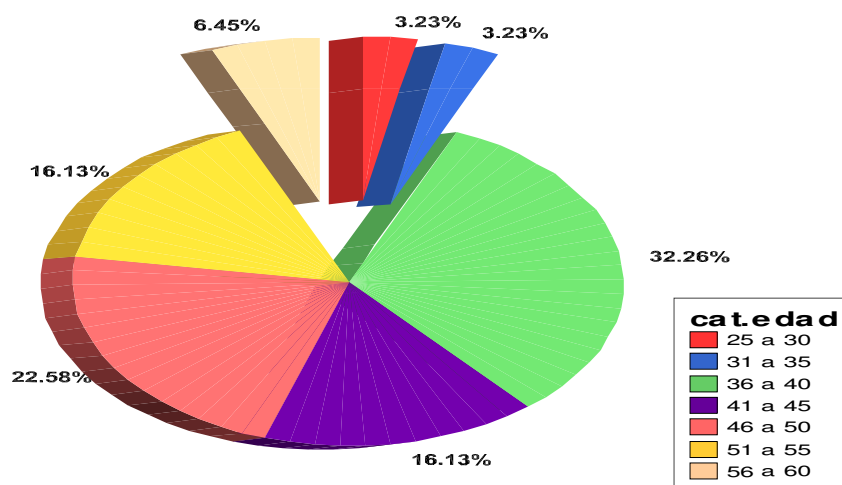
GRUPO ETAREO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA HOSPITALIZACION Y PEDIATRIA
HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 1

GRUPOS ETAREOS	No.	%
25-30	1	3.23
31-35	1	3.23
36-40	10	32.26
41-45	5	16.13
46-50	7	22.58
51-55	5	16.13
56-60	2	6.45
TOTAL	31	100

FUENTE: 31 encuestas aplicadas a enfermería del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRFICA No.1



FUENTE: CUADRO No. 1

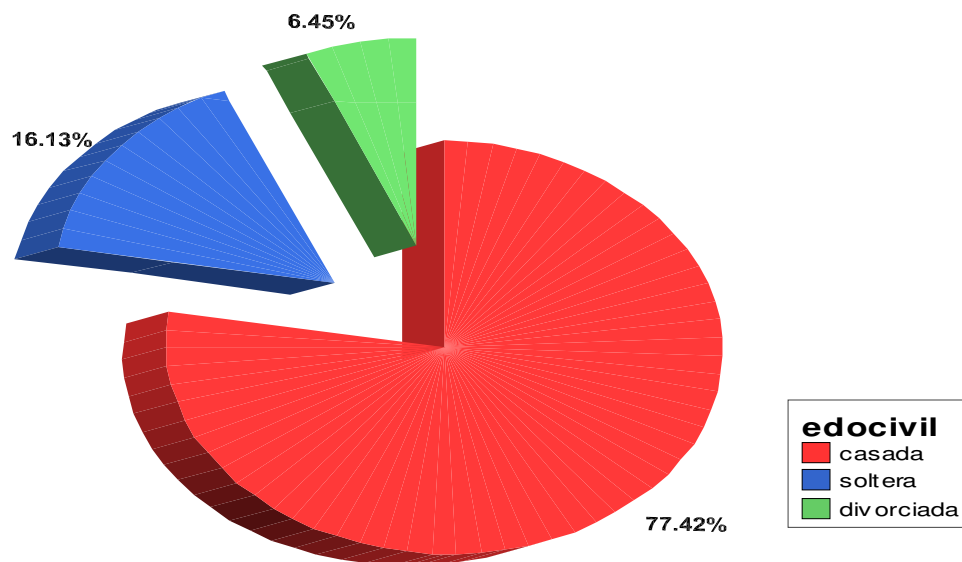
ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE HOSPITALIZACION Y PEDIATRIA
HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL	No.	%
CASADA	24	77.42
SOLTERA	5	16.13
DIVORCIADA	2	6.45
TOTAL	31	100.0

FUENTE: 31 encuestas aplicadas a enfermería del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 2



FUENTE: CUADRO No. 2

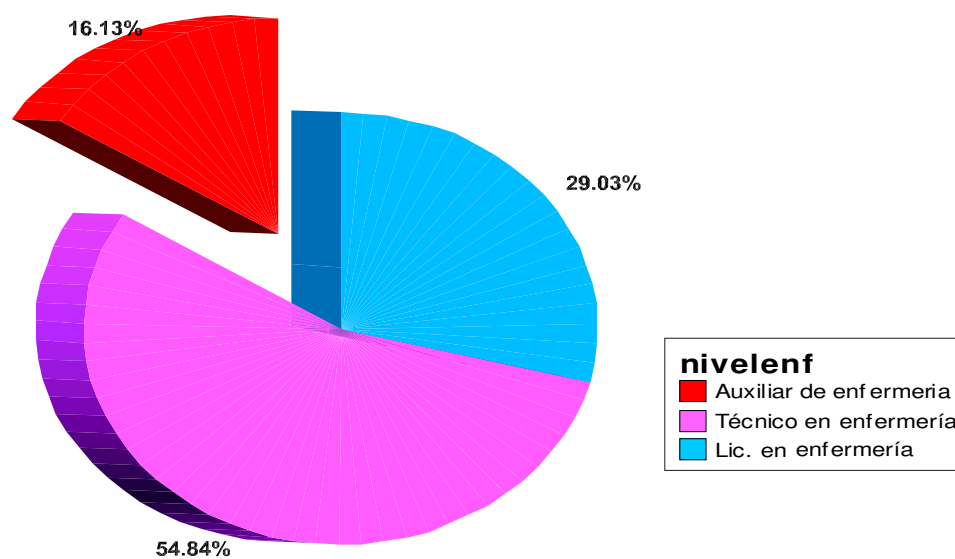
HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 3

NIVEL ACADEMIICO	No.	%
AUXILIARES	5	16.13
NIVEL TECNICO	17	54.84
LICENCIATURA	9	29.03
TOTAL	31	100.0

FUENTE: 31 encuestas aplicadas a enfermería del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No.3



GUENTE: GRAFICA No. 3

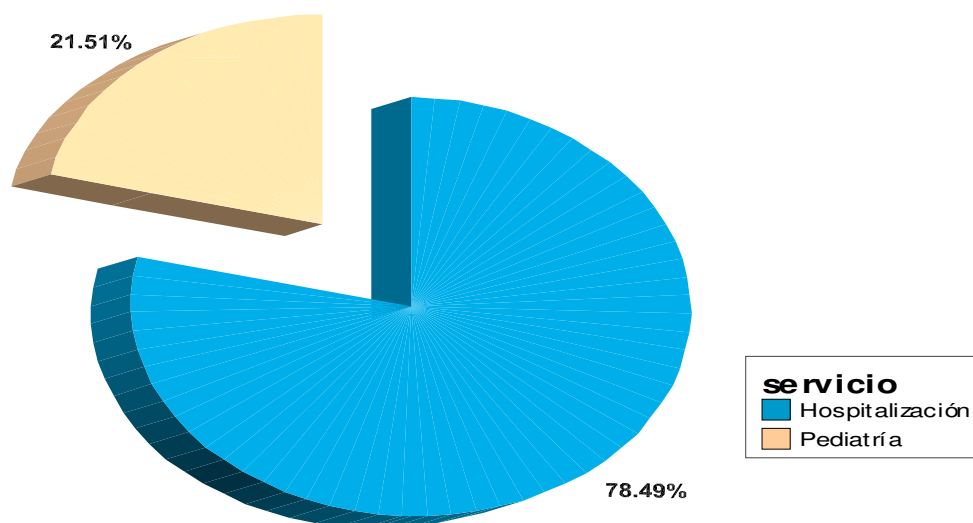
PERSONAL DE ENFERMERIA SEGÚN SERVICIOS
HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 32
. NOVIEMBRE 2005.

CUADRO NO 4

SERVICIO	No.	%
HOSPITALIZACION	21	78.49
PEDIATRIA	10	21.51
TOTAL	31	100.0

FUENTE: 31 encuestas aplicadas a enfermería del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 4



FUENTE: CUADRO No. 4

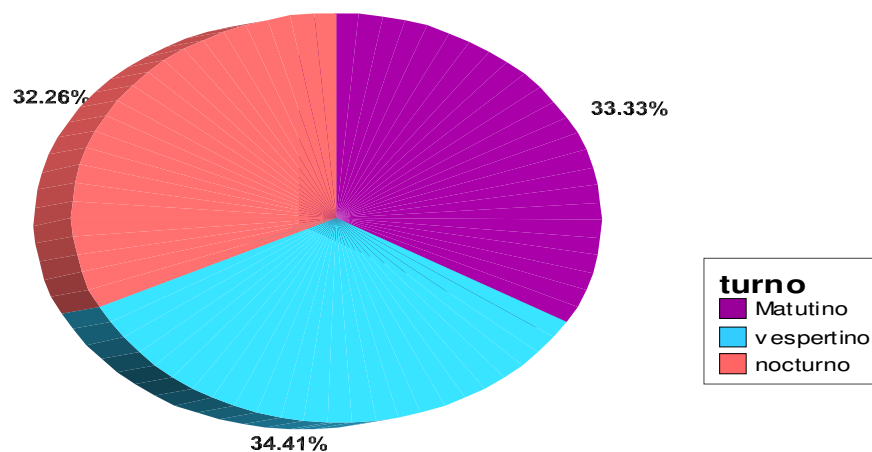
TURNOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE HOPITALIZACION Y PEDIATRIA
HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 5

TURNOS	No	%
MATUTINO	8	33.33
VESPERTINO	14	34.41
NOCTURNO	9	32.26
TOTAL	31	100.0

FUENTE: 31 encuestas aplicadas a enfermería del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 5



FUENTE: CUADRO No. 5

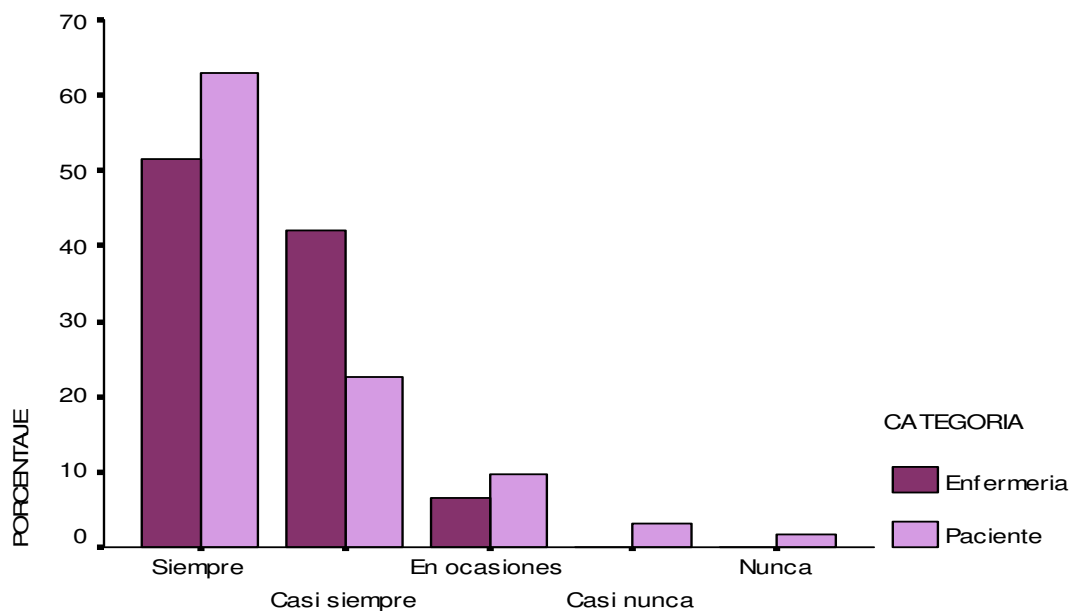
PRESENTACION ENFERMERA - PACIENTE
HOSPITAL RURAL OPORTUNIDADES NO. 32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.6

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	16	51.6	13	41.9	2	6.5	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	39	62.9	14	22.6	6	9.7	2	3.2	1	1.6	62	100.0
TOTAL	55	59.1	27	29.0	8	8.6	2	2.2	1	1.1	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermeras y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 6



FUENTE: CUADRO No. 6

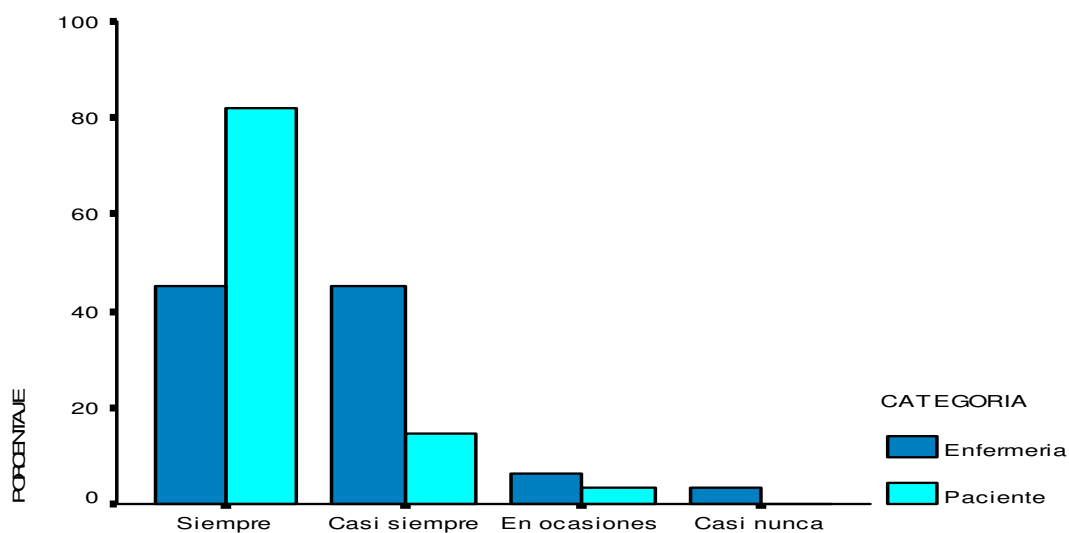
IDENTIFICACION ENFERMERA-PACIENTE
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES NO.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.7

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	14	45.2	14	45.2	2	6.5	1	3.2	-	-	31	100.0
PACIENTE	51	82.3	9	14.5	2	3.2	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	65	69.9	23	24.7	4	4.3	1	1.1	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermeras y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 7



FUENTE: CUADRO No. 7

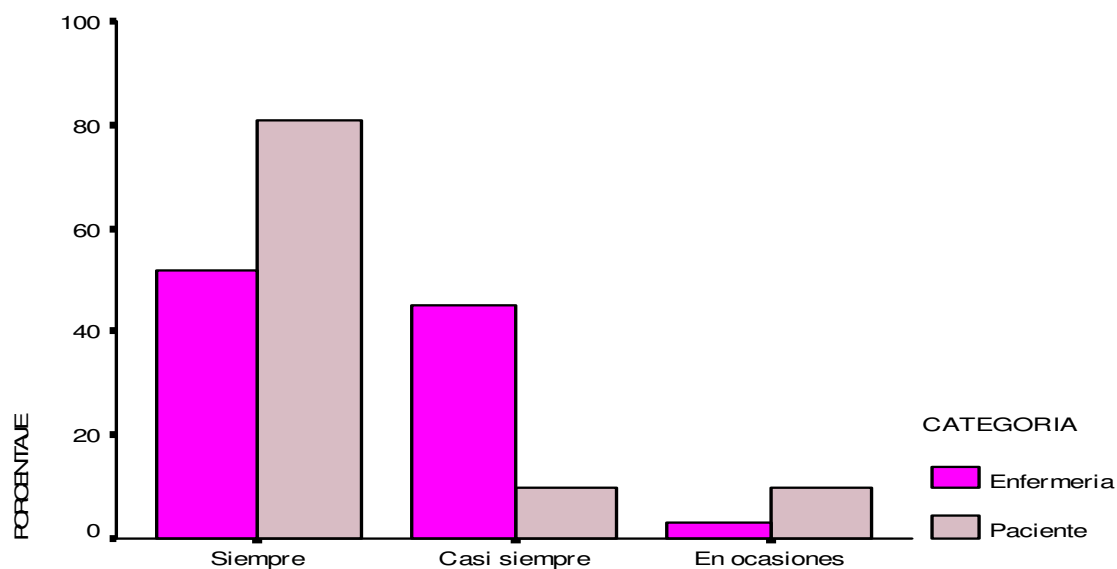
SALUDO ENFERMERA - PACIENTE
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.8

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	16	51.6	14	45.2	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	50	80.6	6	9.7	6	9.7	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	66	71.0	20	21.5	7	7.5	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No- 8



FUENTE: CUADRO No. 8

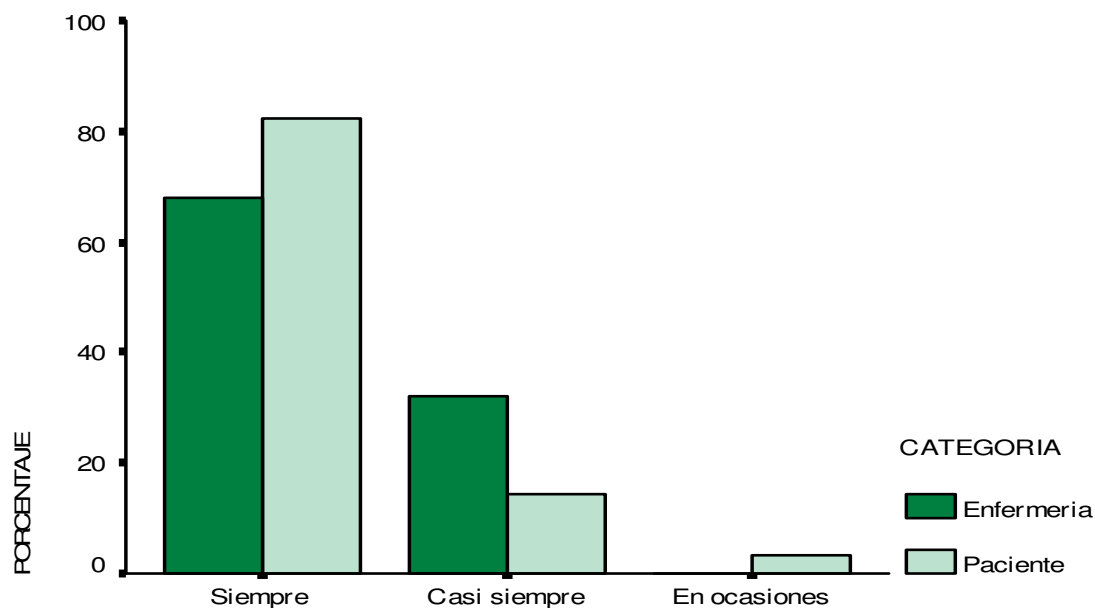
ATENCION DE ENFERMERIA SOLICITADA POR EL PACIENTE
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 9

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	21	67.7	10	32.3	-	-	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	51	82.3	9	14.5	2	3.2	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	72	77.4	19	20.4	2	2.2	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 9



FUENTE: CUADRO No. 9

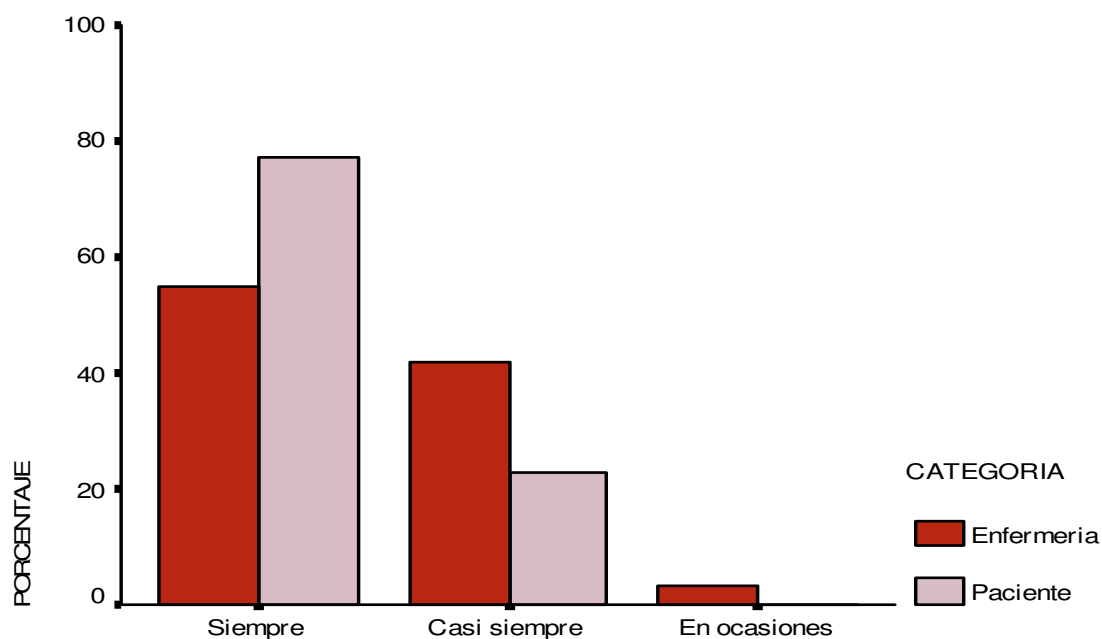
TRATO AMABLE Y OPORTUNO DE ENFERMERIA AL PACIENTE
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.10

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	17	54.8	13	41.9	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	48	77.4	14	22.6	-	-	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	65	69.9	27	29.0	1	1.1	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA. No. 10



FUENTE: CUADRO No. 10

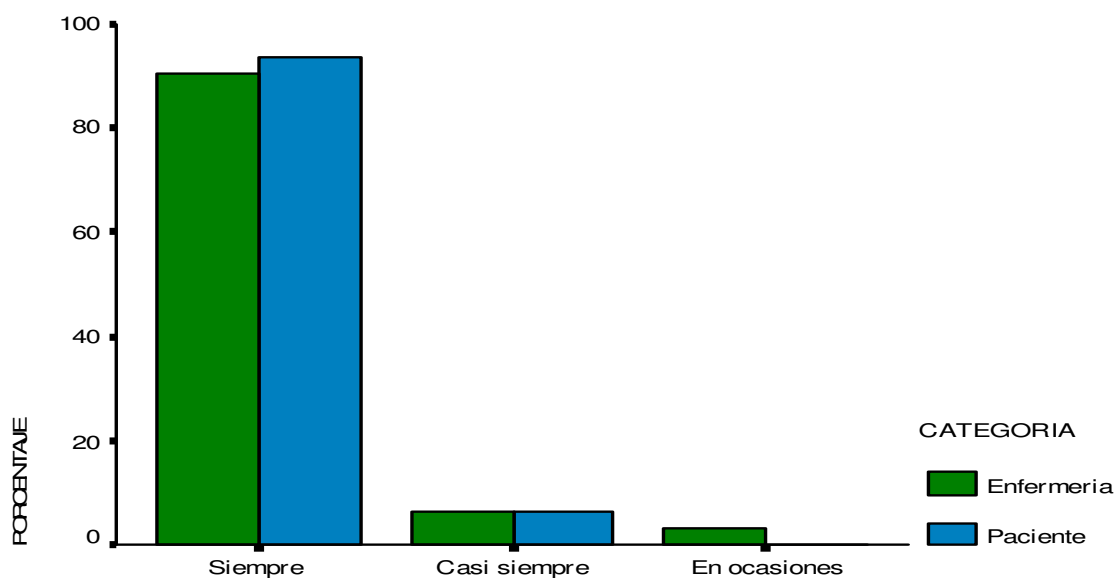
RESPECTO ENFERMERA - PACIENTE
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 11

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	28	90.3	2	6.5	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	58	93.5	4	6.5	-	-	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	86	92.5	6	6.5	1	1.1	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No.11



FUENTE: CUADRO No. 11

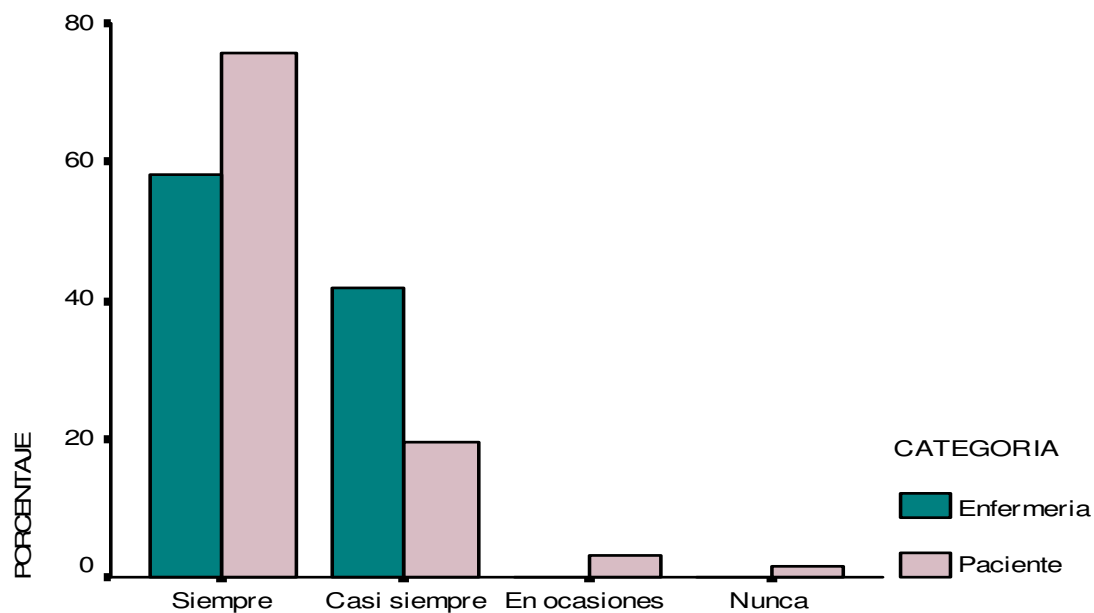
ORIENTACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE ANTES DE LA REALIZACION DE PROCEDIMIENTOS
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO. No. 12

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	18	58.1	13	41.9	-	-	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	47	75.8	12	19.4	2	3.2	-	-	1	1.6	62	100.0
TOTAL	65	69.9	25	26.9	2	2.2	-	-	1	1.1	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 12



FUENTE: CUADRO No. 12

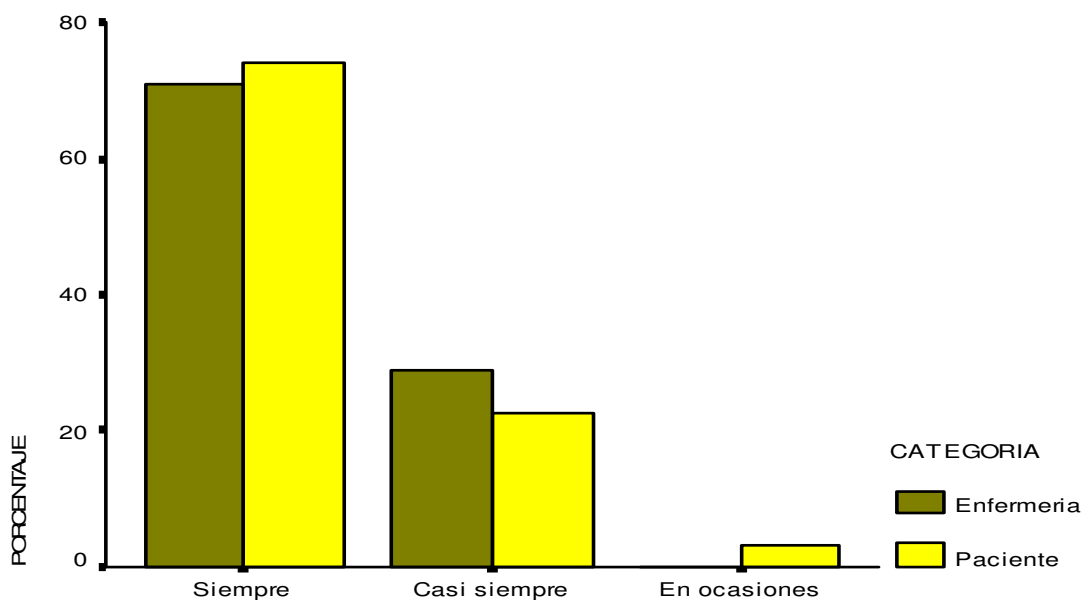
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION DE ENFERMERIA
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES NO.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO. No. 13

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	22	71.0	9	29.0	-	-	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	46	74.2	14	22.6	2	3.2	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	68	73.1	23	24.7	2	2.2	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 13



FUENTE: CUADRO No. 13

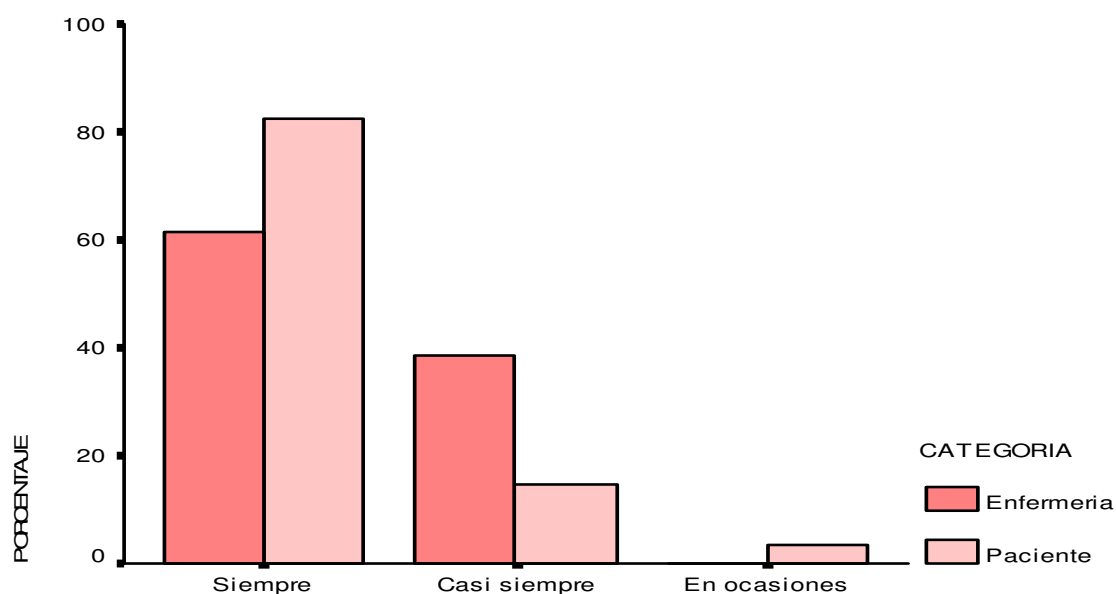
INTERES DE ENFERMERIA PARA QUE EL PACIENTE TENGA UNA ESTANCIA AGRADABLE
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 14

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	19	61.3	12	38.7	-	-	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	51	82.3	9	14.5	2	3.2	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	70	75.3	21	22.6	2	2.2	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 14



FUENTE: CUADRO No. 14

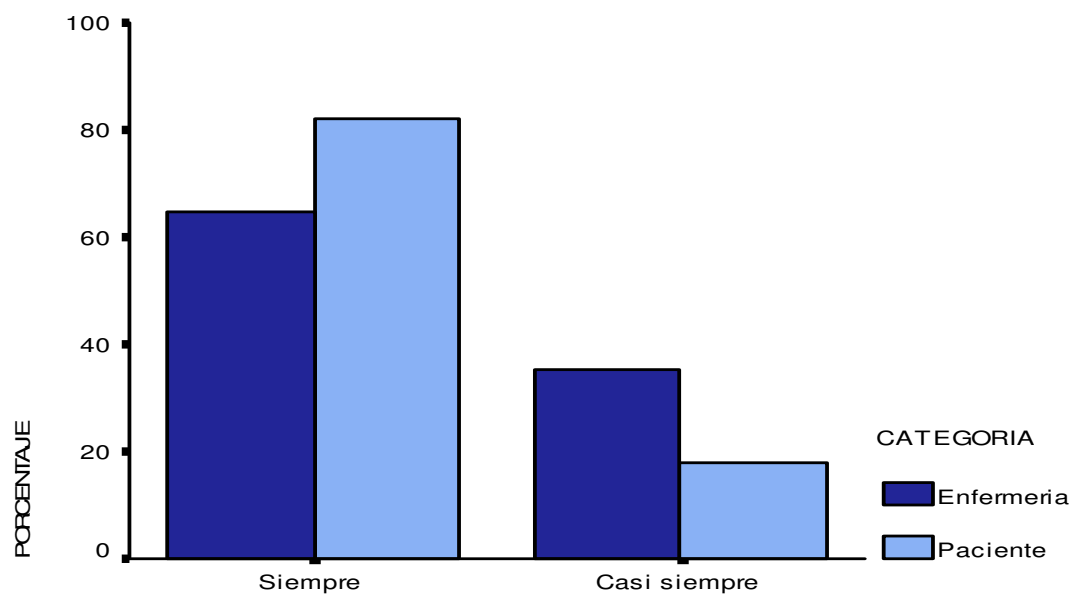
RESPECTO AL PUDOR E INTIMIDAD DEL PACIENTE POR ENFERMERIA
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.15

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	20	64.5	11	35.5	-	-	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	51	82.3	11	17.7	-	-	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	71	76.3	22	23.7	-	-	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 15



FUENTE: CUADRO No. 15

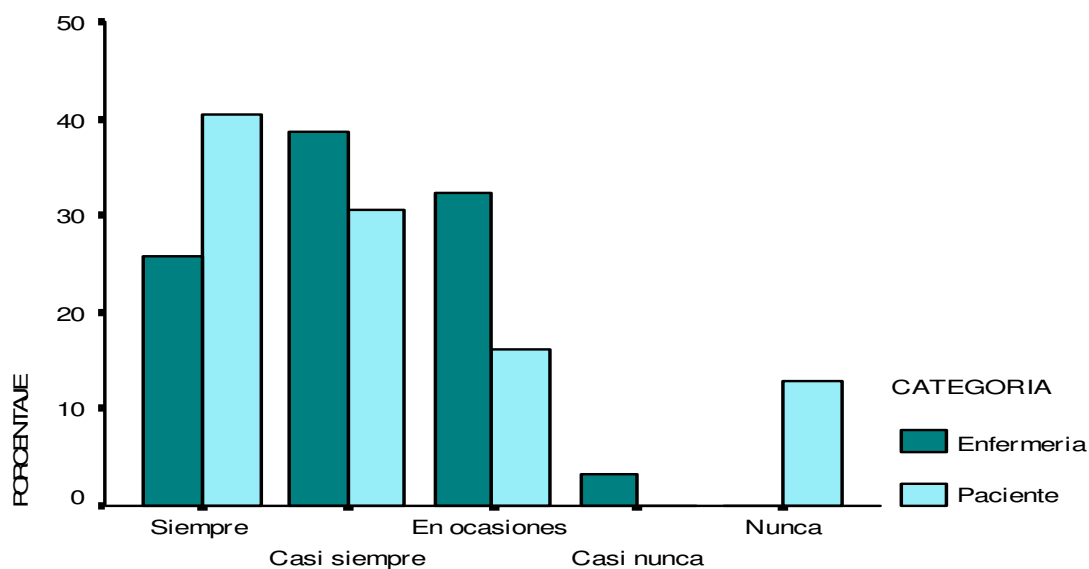
ORIENTACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE Y FAMILIARES SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.16

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	8	25.8	12	38.7	10	32.3	1	3.2	-	-	31	100.0
PACIENTE	25	40.3	19	30.6	10	16.1	-	-	8	12.9	62	100.0
TOTAL	33	35.5	31	33.3	20	21.5	1	1.1	8	8.6	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 16



FUENTE: CUADRO No. 16

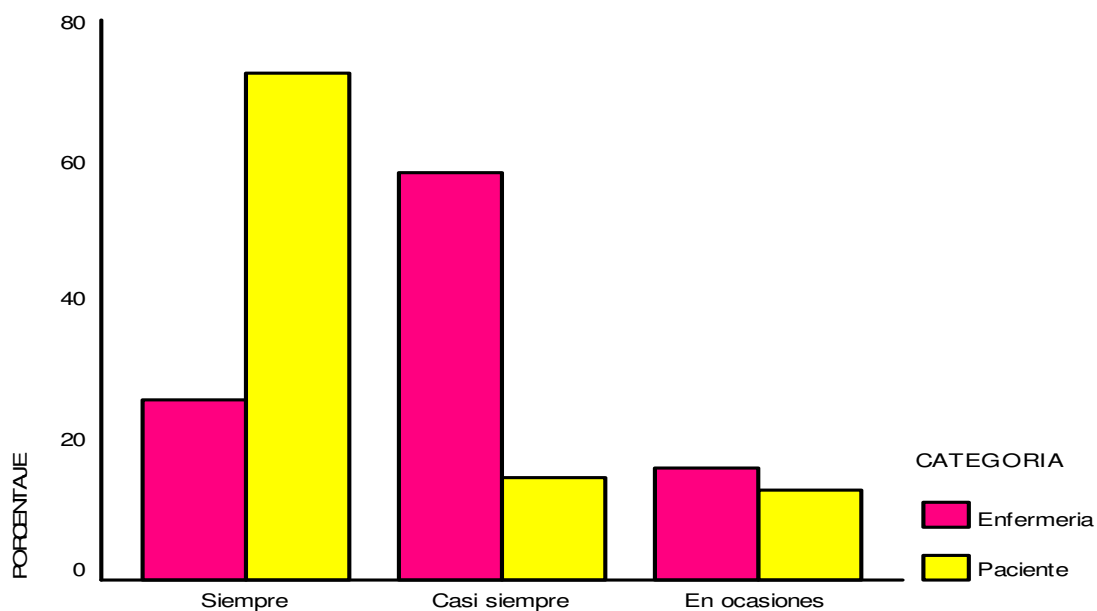
CONTINUIDAD EN LA ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE HOSPITALIZADO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.17

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	8	25.8	18	58.1	5	16.1	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	45	72.6	9	14.5	8	12.9	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	53	57.0	27	29.0	13	14.0	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 17



FUENTE: CUADRO No. 17

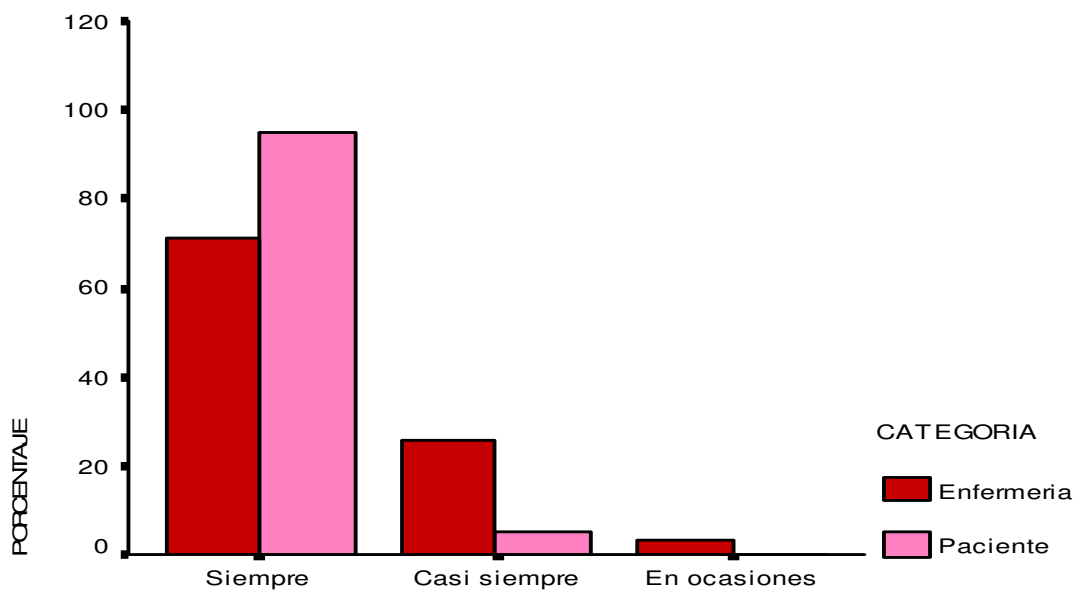
SATISFACCION DE ENFERMERIA POR EL TRATO BRINDADO AL PACIENTE HOSPITALIZADO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.18

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ENFERMERA	22	71.0	8	25.8	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0
PACIENTE	59	95.2	3	4.8	-	-	-	-	-	-	62	100.0
TOTAL	81	87.1	11	11.8	1	1.1	-	-	-	-	93	100.0

FUENTE: 31 Encuestas aplicadas a enfermería y 62 a pacientes del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 18



FUENTE: CUADRO No. 18

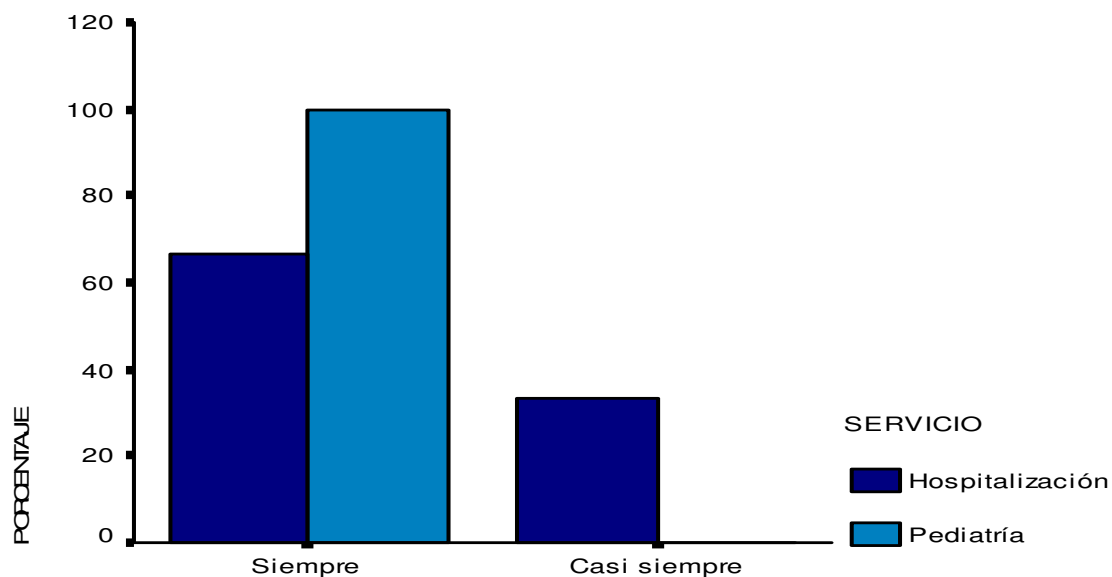
LAVADO DE MANOS DE ENFERMERIA EN LA PREPARACION Y MINISTRACION DE MEDICAMENTO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.19

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	14	66.7	7	33.3	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PADIATRIA	10	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	24	77.4	7	22.6	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 Encuestas aplicada a enfermería en el servicio de hospitalización y 10 a pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 19



FUENTE: CUADRO No.19

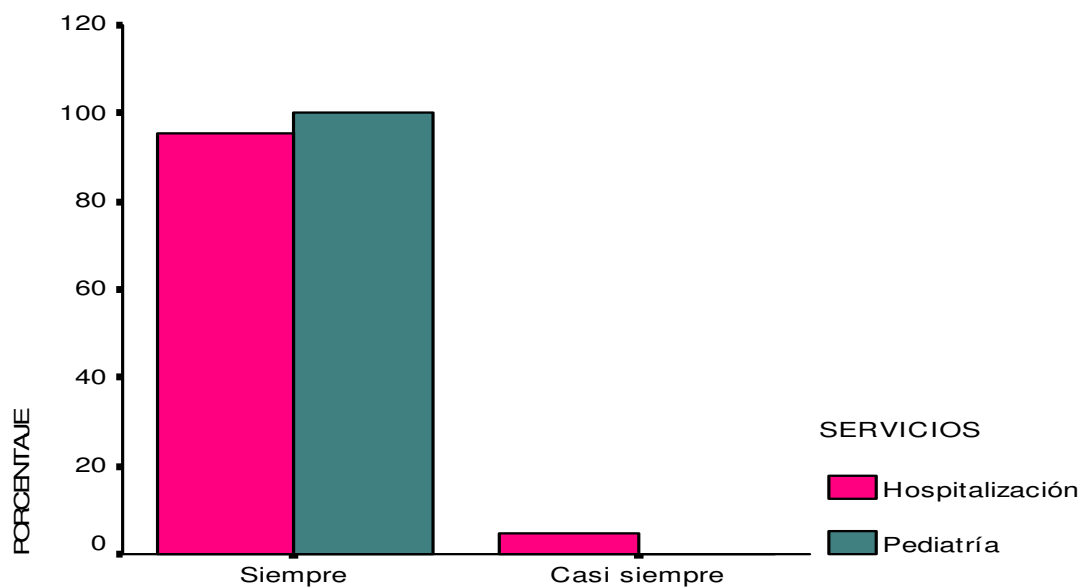
VERIFICACION DE NOMBRE DEL PACIENTE, MEDICAMENTO Y ORDEN MÉDICA SEGÚN SERVICIO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32,
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.20

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	20	95.2	1	4.8	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PEDIATRIA	10	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	30	96.8	1	3.2	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 Encuestas aplicadas a enfermería en el servicio de hospitalización y 10 a pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco, Mich.

GRAFICA No. 20



FUENTE: CUADRO No. 20

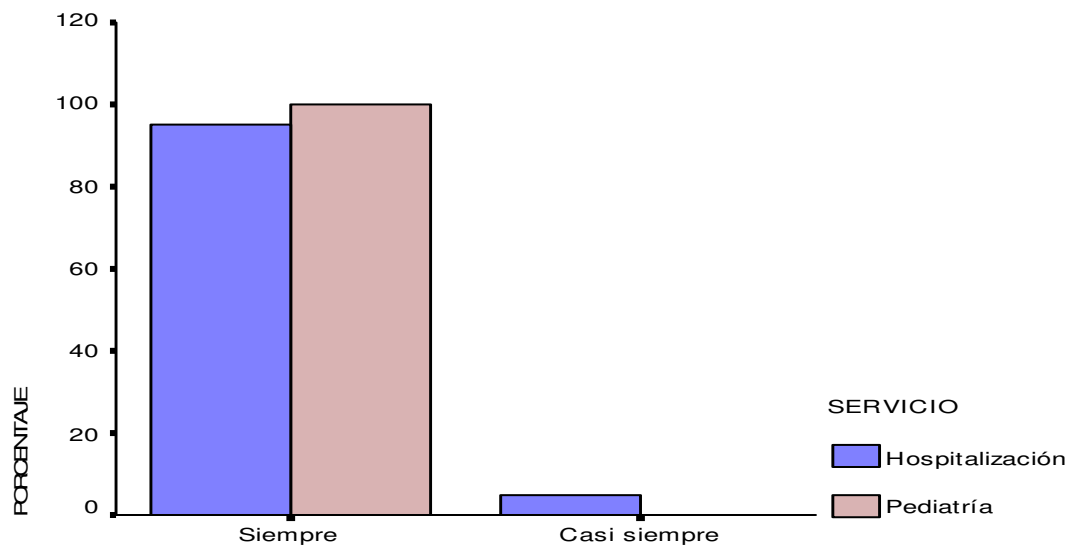
VERIFICACION DEL NOMBRE Y PRESENTACION DEL MEDICAMENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.21

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	20	95.2	1	4.8	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PADIATRIA	10	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	30	96.8	1	3.2	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 Encuestas aplicadas a enfermería en el servicio de Hospitalización y 10 a Pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA. No.21



FUENTE: CUADRO No. 21

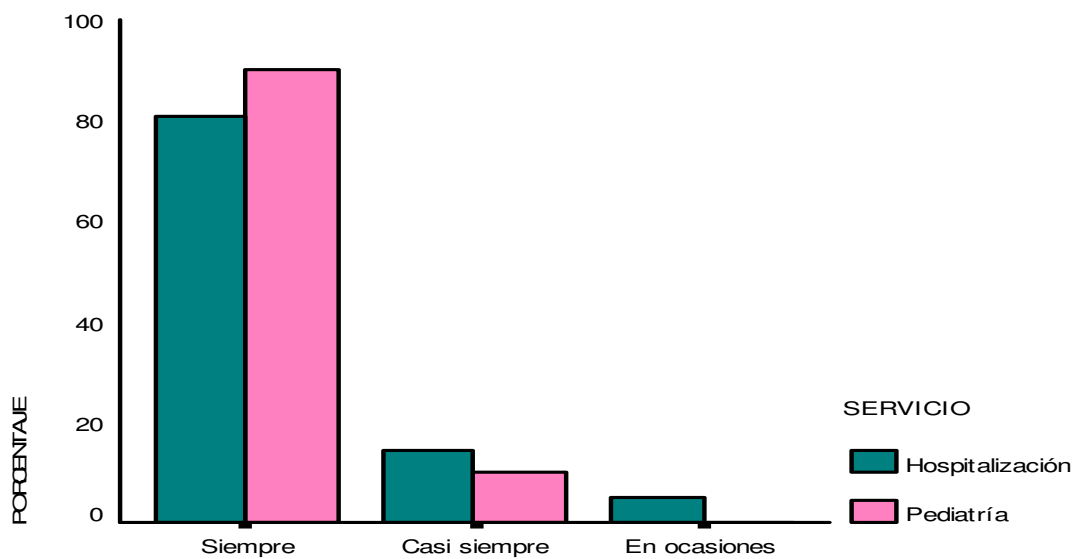
VERIFICACION DE LA CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.22

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	17	81.0	3	14.3	1	4.8	-	-	-	-	21	100.0
PADIATRIA	9	90.0	1	10.0	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	26	83.9	4	12.9	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 Encuestas aplicadas a enfermería en el servicio de Hospitalización y 10 a Pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco, Mich.

GRAFICA No. 22



FUENTE: CUADRO NNo. 22

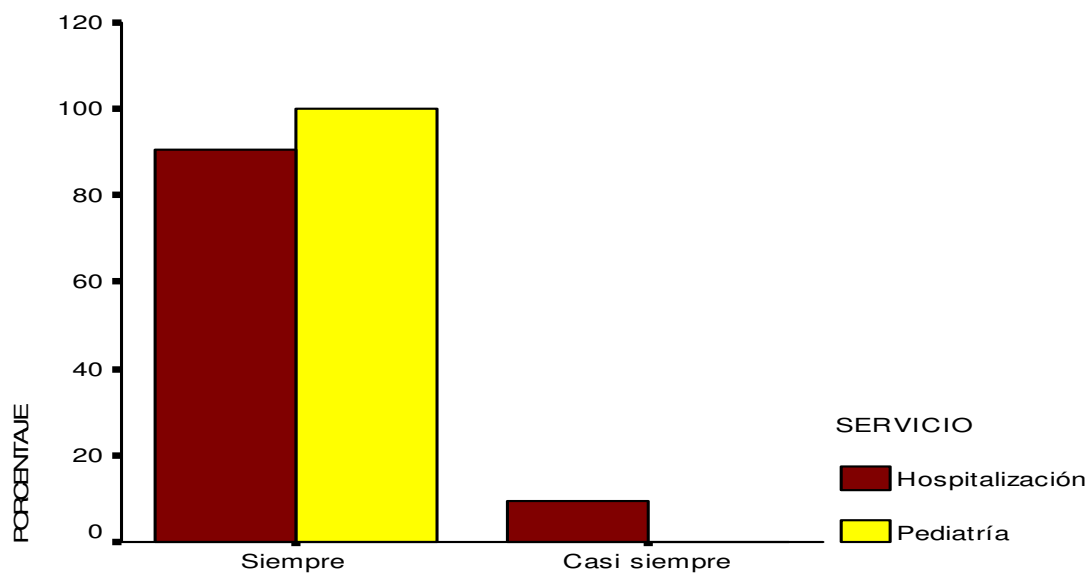
VERIFICACION DE DOSIS Y HORA DE MINISTRACION DE MEDICAMENTO SEGÚN SERVICIO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

.CUADRO No. 23

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	19	90.5	2	9.5	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PEDIATRIA	10	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	29	93.5	2	6.5	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 encuestas aplicadas a enfermería en el servicio de hospitalización y 10 a pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 23



FUENTE: CUADRO No. 23

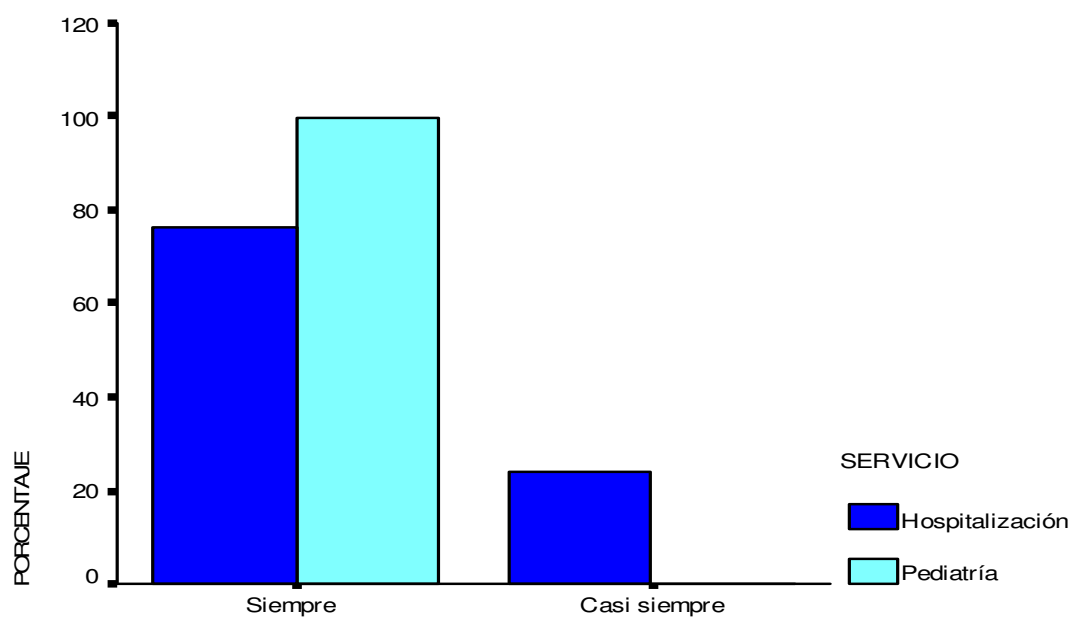
VERIFICACION DE ENFERMERIA DE PACIENTE HOSPITALIZADO EN LA INGESTA DE MEDICAMENTO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.24

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	16	76.2	5	23.8	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PADIATRIA	10	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	26	83.9	5	16.1	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 encuestas aplicadas a enfermería en el servicio de hospitalización y 10 a pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 24



FUENTE: CUADRO No. 24

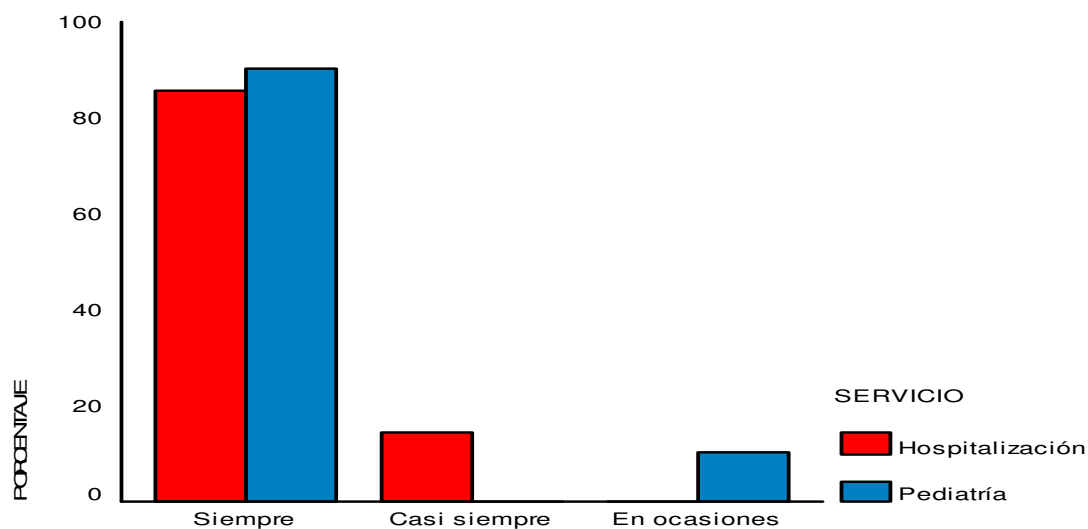
REGISTRO DE MEDICAMENTOS POR ENFERMERIA AL TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 25

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	18	85.7	3	14.3	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PEDIATRIA	9	90.0	-	-	1	10.0	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	27	87.1	3	9.7	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 encuestas aplicadas al personal de enfermería en el servicio de hospitalización y 10 a pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 25



FUENTE: CUADRO No. 25

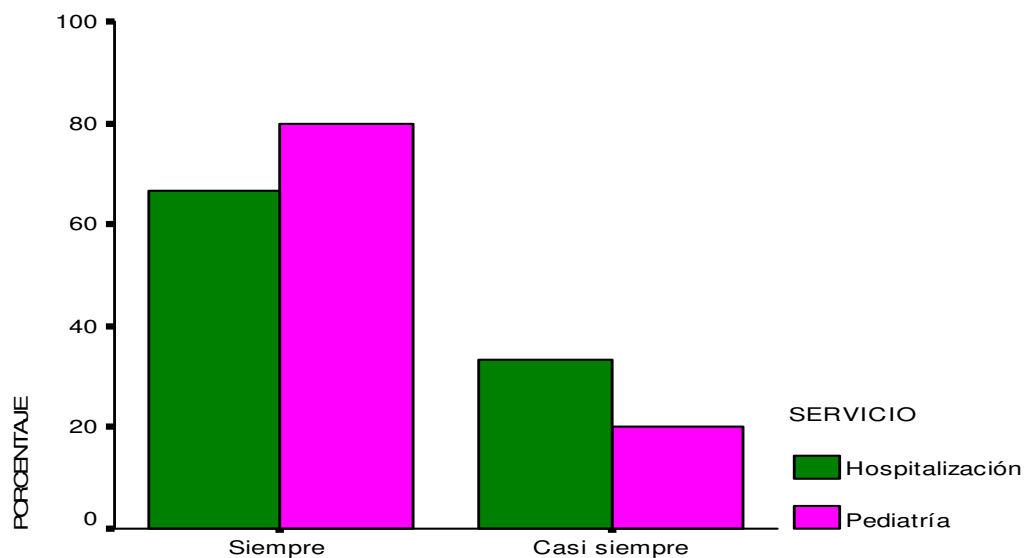
SOLUCION INSTALADA AL PACIENTE CON UN TIEMPO MENOR DE 72 HORAS
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.26

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	14	66.7	7	33.3	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PADIATRIA	8	80.0	2	20.0	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	22	71.0	9	29.0	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 encuestas aplicadas a enfermería del servicio de hospitalización y 10 al servicio de pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 26



FUENTE: CUADRO No. 26

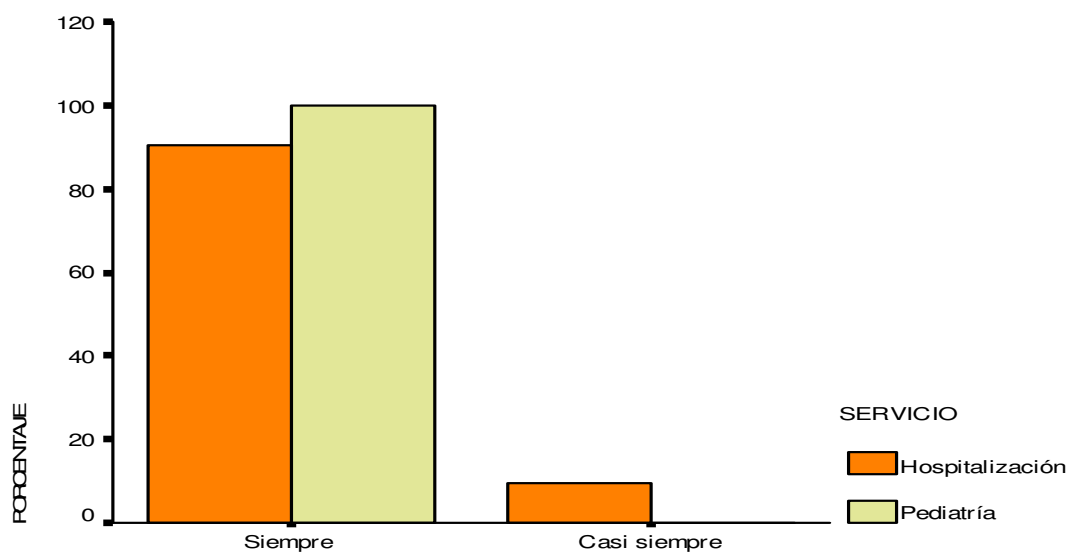
SOLUCION DEL PACIENTE CON DATOS DE IDENTIFICACION SEGÚN SERVICIO
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES N0.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No.27

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	19	90.5	2	9.5	-	-	-	-	-	-	21	100.0
PADIATRIA	10	100.0	-	-	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	29	93.5	2	6.5	-	-	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 encuestas aplicadas a enfermería del servicio de hospitalización y 10 al servicio de pediatría del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 27



FUENTE: CUADRO No. 27

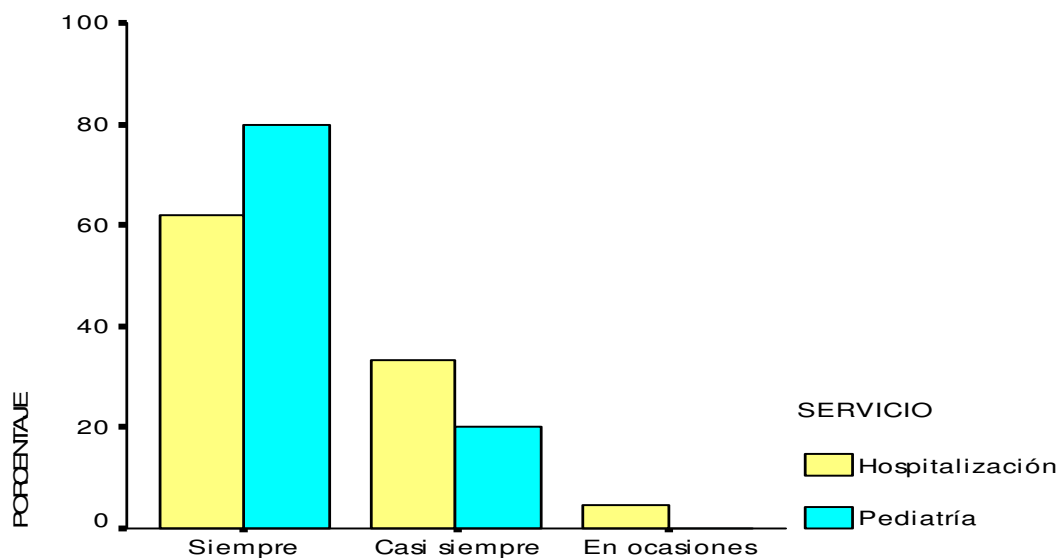
SITIO DE PUNCION Y AREA PERIFERICA DEL PACIENTE SIN SIGNOS DE INFECCION
HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES NO.32
NOVIEMBRE 2005.

CUADRO No. 28

CONCEPTO	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		EN OCASIONES		CASI NUNCA		NUNCA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
HOSPITALIZACION	13	61.9	7	33.3	1	4.8	-	-	-	-	21	100.0
PEDIATRIA	8	80.0	2	20.0	-	-	-	-	-	-	10	100.0
TOTAL	21	67.7	9	29.0	1	3.2	-	-	-	-	31	100.0

FUENTE: 21 encuestas aplicadas a enfermería del servicio de hospitalización y 10 al servicio de pediatría Del Hospital Rural Oportunidades No. 32 Paracho de Verduzco Mich.

GRAFICA No. 28



FUENTE: CUADRO No. 28

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO ESCUELA
DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

La presente investigación, se realiza con el objetivo de conocer el trato que brinda el personal de Enfermería de un Hospital Rural de Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Michoacán.

Por lo que le solicito con toda atención colabore en este trabajo, contestando las siguientes preguntas ya que están clasificadas de la siguiente manera: DATOS GENERALES, TRATO DIGNO, CRITERIOS BASICOS EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTO VIA ORAL Y VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS INSTALADA POR ENFERMERIA. Agradeciendo de antemano su participación.

SERVICIOS QUE SE EVALÚAN: Hospitalización, y Pediatría

Contesta lo que a continuación se le pide subrayando la respuesta que usted considere.

“DATOS GENERALES”

1.-EDAD.-----

Casada Soltera Divorciada Viuda

3.- NIVEL ACADEMICO?

1) Primaria completa 2) secundaria completa 3) preparatoria completa 4) técnica completa en enfermería completa 5) licenciada en enfermería completa

6) otros: -----

4.- SERVICIO EN QUE SE ENCUENTRA LABORANDO ACTUALMENTE.

1) Hospitalización 2) Pediatría

5.- TURNO EN QUE SE ENCUENTRA LABORANDO ACTUALMENTE

1).- Matutino 2) vespertino 3) Nocturno

“TRATO DIGNO”

INSTRUCCIONES: ENCIERRE EN UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA

6.- ¿SE PRESENTA USTED CON SU PACIENTE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

7.- ¿CUANDO USTED SE DIRIGE AL PACIENTE LO HACE POR SU NOMBRE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

8.- ¿LO SALUDA EN FORMA AMABLE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

9.- ¿CUANDO EL PACIENTE LE SOLICITA SU ATENCION USTED LO LLEVA ACABO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

10.- ¿SE CALIFICA USTED COMO AMABLE Y OPORTUNA CUANDO ACUDE AL LLAMADO DEL PACIENTE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

11.- ¿TRATA USTED CON RESPETO AL PACIENTE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

12.- ¿LE EXPLICA AL PACIENTE SOBRE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE VA A REALIZAR?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

13.- ¿HACE SENTIR SEGURO AL PACIENTE AL ATENDERLO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

14.- ¿SE INTERESA PARA QUE DENTRO DE LO POSIBLE LA ESTANCIA DEL PACIENTE SEA AGRADABLE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

15.- ¿PROCURA USTED OFRECERLE AL PACIENTE LAS CONDICIONES NECESARIAS QUE GUARDAN SU INTIMIDAD Y/O PUDOR?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

16.- ¿USTED ENSEÑA AL PACIENTE O A SU FAMILIAR DE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER EN SU DOMICILIO RESPECTO A SU PADECIMIENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

17.- ¿CREE USTED QUE HAY CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA LAS 24 HORAS?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

18.- ¿SE SIENTE SATISFECHA CON EL TRATO QUE USTED LE BRINDA AL PACIENTE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

“CRITERIOS BASICOS EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL POR ENFERMERIA”

19.- ¿REALIZA EL LAVADO DE MANOS ANTES DE PREPARAR Y ADMINISTRAR LOS MEDICAMENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

20.- ¿VERIFICA QUE LOS DATOS DEL MEDICAMENTOS Y EL NOMBRE DEL PACIENTE CORRESPONDAN CON LA ORDEN MEDICA?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

21.- ¿VERIFICA EL NOMBRE Y LA PRESENTACION DEL MEDICAMENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

22.- ¿VERIFICA LA CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

23.- ¿VERIFICA LA DOSIS Y HORA DE MINISTRACION DEL MEDICAMENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

24.- ¿VERIFICA QUE EL PACIENTE INGIERA EL MEDICAMENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

25.- ¿REGISTRA EL MEDICAMENTO AL TÉRMINO DEL PROCEDIMIENTO EN EL FORMATO ESTABLECIDO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

“VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS INSTALADA”

26.- ¿LA SOLUCIÓN INSTALADA TIENE MENOS DE 72 HORAS?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

27.- ¿LA SOLUCION CUENTA CON EL MEMBRETE ELABORADO CONFORME A LA NORMATIVIDAD?

1) Siempre 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

28.- ¿EL SITIO DE LA PUNCION Y ÁREA PERIFERICA DE LA VENOCLISIS SE ENCUENTRAN SIN SIGNOS DE INFECCION?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

GRACIAS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO ESCUELA DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA

La presente investigación, se realiza con el objetivo de conocer el trato que brinda el personal de Enfermería de un Hospital Rural de Oportunidades # 32 de Paracho de Verduzco Michoacán.

Por lo que le solicito con toda atención colabore en este trabajo, contestando las siguientes preguntas ya que están clasificadas de la siguiente manera: DATOS GENERALES, TRATO DIGNO, CRITERIOS BASICOS EN LA MINISTRACION DE MEDICAMENTO VIA ORAL Y VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS INSTALADA POR ENFERMERIA. Agradeciendo de antemano su participación.

SERVICIOS QUE SE EVALÚAN: Hospitalización, y Pediatría

Contesta lo que a continuación se le pide subrayando la respuesta que usted considere.

“TRATO DIGNO”

1.- ¿E PRESENTA LA ENFERMERA (O) CON USTED?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

2.- ¿UANDO LA ENFERMERA (O) SE DIRIGE A USTED LO HYACE POR SU NOMBRE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

3.- ¿ENFERMERA LO SALUDA EN FORMA AMABLE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

4.- ¿UANDO USTED SOLICITA LA ATENCION DE ENFERMERIA LO LLEVA ACABO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

5.- ¿CALIFICA USTED COMO AMABLE Y OPORTUNA LA RESPUESTA DE LA ENFERMERA A SU LLAMADO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

6.- ¿LA ENFERMERA LO TRATA CON RESPETO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

7.- ¿LA ENFERMERA LE EXPLICA SOBRE LOS CUIDADOS O ACTIVIDADES QUE LE VA A REALIZAR?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

8.- ¿LA ENFERMERA LE HACE SENTIR SEGURA (O) AL ATENDERLE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

9.- ¿LA ENFERMERA SE INTERESA PORQUE DENTRO DE LO POSIBLE LA ESTANCIA SEA AGRADABLE?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

10.-¿LA ENFERMERA PROCURA OFRECERLE LAS CONDICIONES NECESARIAS QUE GUARDAN SU INTIMIDAD Y/O PUDOR?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

11.- ¿LA ENFERMERA LE ENSEÑA A USTED O A SU FAMILIAR DE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER EN SU DOMICILIO RESPECTO A SU PADECIMIENTO?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

12.-¿HAY CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA LAS 24 HORAS DEL DIA?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

13.- ¿SE SIENTE SATISFECHO CON EL TRATO QUE LE DA LA ENFERMERA?

1) siempre) 2) casi siempre 3) en ocasiones 4) casi nunca 5) nunca

¡GRACIAS!