



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Percepción del paciente sobre la calidad de atención de
la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital
Militar Central Lima - Perú 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería Oncológica

AUTOR

Silvia Liliana VIVIANO GRANDE

ASESOR

Domitila Estheher CANCHARI CANDELA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Viviano S. Percepción del paciente sobre la calidad de atención de la enfermera en la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima - Perú 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

19 80



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

7(R)

LICENCIADA (O) : VIVIANO GRANDE SILVIA LILIANA ✓

80
267

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA - PERÚ 2017" ✓

11(R)

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA ONCOLÓGICA ✓

Lima, 28 de abril de 2017 ✓

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA ONCOLÓGICA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

16 (DIECISEIS)

MG. TULA ESPINOZA MORENO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

Mg. **MARIA QUIROZ VASQUEZ**
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora (e)



Mary

**PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE
ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA UNIDAD DE
ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
LIMA - PERÚ 2017**

A DIOS:

***Le dedico este trabajo por haberme
dado la oportunidad de cumplir mis
metas profesionales y personales.***

A MIS PADRES:

***Por su amor incondicional y apoyo
constante en cada etapa de mi vida.***

INDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
RESUMEN	VI
PRESENTACIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	6
1.4. Objetivos	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Propósito.	7
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	15
2.3. Definición de términos	61
2.4. Operacionalización de las variables	62
CAPITULO III MATERIAL Y METODO	
3.1. Nivel, tipo y método de estudio.	63
3.2. Sede de estudio	63
3.3. Población y muestra	64
3.4. Criterios de selección	64
3.4.1. Criterios inclusión	64
3.4.2. Criterios de exclusión	64
3.5. Técnica e instrumento de recolección de datos	64
3.6. Procedimiento de recolección de datos	65
3.7. Procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos.	65
3.8. Consideraciones éticas	66
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	67
4.2. Discusión	73
CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	77
5.2. Recomendaciones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		PÁG.
1.	Percepción de la calidad de atención de la enfermera en pacientes que acuden a la unidad de oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015	68
2.	Percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión estructura (dimensión humana)	69
3.	Percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión proceso (dimensión técnica)	70
4.	Percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión resultados (dimensión interpersonal)	71

RESUMEN

Autora: Lic. Silvia Liliana Viviano Grande

Asesora: Lic. Esther Canchari Candela

La medición de la calidad de la prestación de los servicios de enfermería constituye una tarea necesaria de todas las enfermeras gestoras, siendo prioritario en este proceso la participación del usuario en su evaluación para un mejoramiento continuo.

La presente investigación está basada en el Modelo de calidad de Donabedian quien define la calidad de la atención como: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, y hace referencia a tres categorías dentro del control de calidad: estructura Proceso y Resultados.

La presente investigación titulada “PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ. 2015”, tiene como objetivo determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera en pacientes que acuden Al servicio de Oncología, Unidad de Quimioterapia del Hospital Militar Central; con el propósito de obtener información que contribuya a la implementación de estrategias mediante la participación de las enfermeras jefes en la modificación de indicadores negativos y así lograr la satisfacción plena del paciente.

El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estará constituida por una población de 13 enfermeras La técnica a emplear será la entrevista y el instrumento a utilizar es el cuestionario tipo Likert, el cuál fue construido considerando el modelo de Donabedian (Estructura, Proceso y Resultados).

PALABRAS CLAVE: percepción, calidad del cuidado, satisfacción del paciente.

ABSTRACT

Author: Lic. Silvia Liliana Viviano Grande

Advisor: Lic. Esther Canchari Candela

The measurement of the quality of the provision of nursing services is a necessary task of all nursing nurses, being a priority in this process the participation of the user in their evaluation for a continuous improvement.

The present research is based on the Donabedian Quality Model who defines the quality of care as: "the kind of care that is expected to maximize patient well-being, and refers to three categories within quality control: Structure Process and Results.

This research entitled "PERCEPTION OF QUALITY OF NURSING IN PATIENTS THAT GO TO THE ONCOLOGY UNIT OF THE CENTRAL MILITARY HOSPITAL LIMA-PERU. 2015 ", aims to determine the perception of the quality of care of the nurse in patients who attend the Oncology Service, Chemotherapy Unit of the Central Military Hospital; With the purpose of obtaining information that contributes to the implementation of strategies through the participation of the chief nurses in the modification of negative indicators and thus achieve full patient satisfaction.

The study is application-level, quantitative type, cross-sectional descriptive method. The population will consist of a population of 13 nurses. The technique to be used will be the interview and the instrument to be used is the Likert questionnaire, which was constructed considering the Donabedian model (Structure, Process and Results).

KEY WORDS: perception, quality of care, patient satisfaction.

PRESENTACION

El cáncer es un problema de salud pública a escala mundial, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad; en 2012 se le atribuyeron 8,2 millones de muertes. El 70% de todas las muertes por cáncer registradas en 2012 se produjeron en África, Asia, América Central y Sudamérica. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 en las próximas dos décadas.

Los que más muertes causan cada año son los cánceres de pulmón, hígado, estómago, colon y mama (OMS, 2014).

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte y en el Perú, el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana evidenció que las tasas de incidencia para todos los cánceres en hombres y mujeres han aumentado entre los periodos 1968-1970 y 2004-2005 de 152,2 a 174,0 por 100000 hombres y de 166,8 a 187,0 por 100 000 mujeres.

En el Perú el cáncer ha cobrado mucha importancia como problema de salud pública. El Ministerio de Salud (2011: 1-2) informa que la tasa de mortalidad por cáncer, fue de 107,9 por 100 mil habitantes y constituyo la segunda causa de muerte después de las enfermedades transmisibles, representando el 18,8% de todas las defunciones. Siendo el cáncer de cérvix, estomago, cuello uterino y mama los que ocasionaron más perdidas de años de vida saludable.

La calidad de vida de una persona que padece esta enfermedad puede verse afectada de diversas maneras en el aspecto fisiológico, psicológico y espiritual, en el aspecto fisiológico la persona afectada de cáncer puede sufrir diversos problemas secundarios como resultado de la propia enfermedad o de la quimioterapia, en el aspecto psicológico el paciente

sufre gran impacto, se siente asustado, inseguro o molesto sobre los cambios indeseables que el cáncer traerá a su vida.

La atención del profesional de enfermería se centra, en el cuidado el cual es un proceso interactivo entre enfermera paciente en torno a la valoración integral del paciente, favoreciendo su independencia y es forma continua, con el propósito de aliviar el sufrimiento humano, rehabilitarlo en las mejores condiciones, y así proporcionar una asistencia de alta calidad profesional,

El cáncer es sinónimo de una patología devastadora que genera un enorme sufrimiento. Relacionada con cambios emocionales, físicos, sociales, existenciales y financieros, ocasionando cambios significativos en el estilo de vida del individuo, y en su calidad de vida.

El incremento de padecimientos de cáncer con serias repercusiones en su calidad de vida (psicológicas, físicas, sociales y económicas) determina la necesidad de que la enfermera como parte del personal de salud, brinde atención de calidad a los usuarios con cualquier tipo de cáncer.

Por lo que la medición de la calidad de la prestación de los servicios de enfermería constituye una tarea necesaria de todas las enfermeras gestoras, siendo prioritario en este proceso la participación del usuario en su evaluación para un mejoramiento continuo.

La presente investigación está basada en el Modelo de calidad de Donabedian quien define la calidad de la atención como: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, y hace referencia a tres categorías dentro del control de calidad: estructura Proceso y Resultados.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud (OMS) el cáncer es una de las enfermedades que más provocan la muerte en el mundo, en el 2012 hubo 14,1 millones de casos nuevos de cáncer a nivel mundial, 8.2 millones de personas murieron por cáncer. 32.6 millones de personas habían llegado a la marca de 5 años de supervivencia al cáncer (personas que estaban vivas cinco años después de haber recibido el diagnóstico de cáncer). Se anticipa que para el año 2025 se diagnosticarán 19.3 millones de casos nuevos de cáncer al año.

El impacto del cáncer sobre el enfermo es enorme. Las necesidades y demandas a las que se ven sometidos son múltiples, por lo que se da una situación de riesgo para el desarrollo de reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos, algunas personas pueden presentar aislamiento, baja autoestima, rechazo al tratamiento, tornarse más demandantes de atención, o mostrarse agresivas con los familiares, amistades o profesionales de la salud.

El incremento de padecimientos oncológicos demanda que la enfermera quién es el personal de mayor permanencia y de contacto directo y continuo, debe preparada para dar respuesta a las altas exigencias del usuario con cualquier tipo de cáncer, que sea capaz de reconocer las reacciones que el paciente adopta frente a la enfermedad y que hacen que aumenten sus necesidades de apoyo y soporte debido a su condición de vulnerabilidad, es por ello que debe contar con actitudes y comportamientos que sean coherentes con las

expectativas de la persona cuidada, y así favorecer su adaptación colaboración y posterior satisfacción hacia los cuidados recibidos.

El cuidado, conceptualizado desde las propias teorías de enfermería, y concebido como el eje central de la profesión de enfermería, se articula con la teoría gerencial y de calidad para la obtención de mejores resultados. Para Watson la salud está relacionada con la coherencia entre lo que se percibe y lo que experimenta uno mismo, determina que el cuidado como expresión de enfermería representa las conductas o comportamientos utilizados por ésta en los momentos de interacción, afirma que el cuidado “percibe los sentimientos del otro y reconoce su condición de único”.

En este contexto evaluar la calidad de la prestaciones del servicio desde la percepción del usuario es uno de los indicadores de calidad que ha adquirido una importancia fundamental en los últimos tiempos ya que es un forma cada vez más común y objetiva usada por las organizaciones, puesto que permite valorar las condiciones de atención desde su experiencia en los servicio, darles un manejo integral y permitir una mejora continua; todo ello, con el fin de brindar servicios basados en la excelencia.

La satisfacción en los cuidados es considerada como una de las variables de concepto multidimensional en el que se incluyen las diferentes experiencias y procesos asociados con la atención que reciben los pacientes; en donde la percepción personal del bienestar alcanzado con respecto a la satisfacción de los cuidados, estará condicionado por las diferentes experiencias y procesos asociados con la atención que reciben, así como por su condición física, estado

psicológico, su grado de independencia, factores ambientales, y sus relaciones interpersonales.

En la UUHH A-4-1 ONCOHEMATOLOGIA del Hospital Militar Central Durante los últimos años, se ha evidenciado un incremento importante en el número de pacientes atendidos en donde un gran porcentaje de pacientes (60-80%) en su mayoría son hombres representando un 66% y mujeres 34% con tratamiento de quimioterapia, se ha podido observar que muchas veces los cuidados no son entregados de manera adecuada por parte de las enfermeras, debido a múltiples causas entre las cuales se cuenta, la sobrecarga de pacientes, la falta de recursos, cumplimiento de funciones que no son de su competencia; con la consecuencia que el cuidado sea cada vez menos directo y poco personalizado. Situación que contribuye a que se desvirtúe cada vez más la razón de ser y quehacer de la enfermera, con serias implicancias en la satisfacción de los usuarios y en la calidad del mismo, así mismo cabe resaltar que se vienen realizando esfuerzos por brindar un mejor servicio, a los usuarios que hace necesario conocer sus resultados para determinar la calidad del servicio brindado.

En mi calidad de enfermera me ha surgido el interés por investigar y desarrollar conocimiento propio en materia de calidad, por lo que se ha formulado la siguiente interrogante:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA:

¿CUÁL ES LA PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERU 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN:

La realización del presente estudio se justifica ya que permitió valorar las condiciones de atención de los pacientes que actualmente se viene dando, cuya estimación contribuirá a la implementación de estrategias encaminadas a un manejo integral y permitir una mejora continua; todo ello, con el fin de brindar servicios basados en la calidad del servicio de enfermería.

Así mismo considerar la opinión del propio paciente, para que manifieste su bienestar o malestar como resultado de la atención de enfermería permitirá, la elaboración de indicadores tendientes a la mejora continua. Estandarizar acciones encaminadas a brindar una atención individualizada, especializada lo cual contribuirá a diseñar modelos de atención de enfermería innovadores para este tipo de pacientes.

Actualmente existen pocas investigaciones que tratan sobre conocer la calidad del cuidado desde la percepción del paciente, por lo que se debe profundizar en el tema para formar un cuerpo de conocimiento propio que contribuya a la mejora continua del cuidado de enfermería

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera en pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión Estructura (dimensión humana)
- Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión Proceso (dimensión técnica)
- Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión Resultados (dimensión Interpersonal)

1.5. PROPÓSITO.

Los resultados del presente estudio están orientados a proporcionar información actualizada a las autoridades y al Departamento de Enfermería con el objetivo de que se formulen estrategias dirigidas al fomento de investigación y el desarrollo de conocimiento propio en materia de calidad del cuidado enfermero.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. AMBITO NACIONAL

Monchón Palacios, Paola Anahís; Montoya García, Jazmín Yumei en Chiclayo (2013) realizó un estudio sobre **“Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia, Hospital III-Essalud”**, El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo; tuvo como objetivo: Determinar el nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. La muestra fue aleatoria simple, constituido por 329 pacientes, el criterio de inclusión fue: pacientes que ingresaron por primera vez al servicio de Emergencia, excluyendo a pacientes inconscientes, con enfermedad psiquiátrica y menores de edad. Las bases teóricas se sustentan en Donavedian, López e instituciones como el Ministerio de Salud y la Organización Mundial de la Salud. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de la encuesta SERVQUAL modificada, validada a través de una prueba piloto, siendo el Alfa de Cron Bach de 0,76. Los resultados obtenidos mostraron que un 64,18% de los usuarios afirman que el nivel de calidad del servicio es bajo, el 30,18% lo califica como nivel de calidad medio y el 5,64% como nivel de calidad alto. Las dimensiones mejores calificadas fueron las de fiabilidad y capacidad de respuesta con una brecha de -0,92 y la de más baja ponderación fue la dimensión de elementos tangibles con una brecha de -1,08. Se concluyó:

Que el nivel de calidad del cuidado enfermero en el servicio de emergencia de este hospital es bajo. En todo momento se guardó respeto por los principios de la bioética personalista y los de rigor científico.

Universidad Nacional De Trujillo Facultad De Enfermería, Trabajo **“De Calidad De La Atención En Salud Desde La Perspectiva Del Usuario Centro Materno "Santa Lucia" De Moche** Esther Ramírez García Trujillo – Perú 2003 (15) Investigación descriptiva de corte transversal, realizada en el Centro Materno "Santa Lucía" en el distrito de Moche- Trujillo. La muestra estuvo constituida por 30 madres determinándose el tamaño de la muestra por medio de la fórmula de proporciones, teniendo en cuenta que el promedio de la calidad de los servicios en Moche es del 75%.

Para la recolección de datos se hizo uso de la encuesta de satisfacción del usuario que constaba de las siguientes partes: Datos generales de la encuesta, Datos del usuario, Tiempo de búsqueda de la atención y tiempo de espera. Grado de satisfacción, Conocimientos básicos: signos de alarma de gestante y recién nacido Registro de datos básicos en historia clínica. Y **Concluyó**

Que la satisfacción de los usuarios en las dimensiones: Estructura, Procesos y resultados es buena. 2. Los tiempos de espera son considerados en un mayor porcentaje como largos y muy largos. 3. En la dimensión de procesos, el trato es el indicador más alto, y la educación para la salud el que se presenta en menor porcentaje. 4. Existe un buen registro de datos básicos en la historia familiar, a excepción de la cita que solamente se encuentra por encima de la media. 5. Los indicadores de mayor satisfacción son el trato, atención a sus molestias, examen y explicación a los procedimientos. 6. El conocimiento de los principales signos de alarma en la gestante y recién están por debajo de la media. 7. Existe relaciones significativas y altamente significativas entre las dimensiones de estructura y proceso, y estructura y resultado. No así con las dimensiones de procesos y resultados.

AIQUIPA Mendoza, Ana Cecilia en Lima, en el 2003 realizó un estudio sobre **“Calidad de atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”**. Los objetivos fueron: Identificar la calidad de atención según la opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario UTM. La población fue de 40 pacientes. La técnica fue la encuesta. Las conclusiones fueron entre otras: (6)

“La calidad de atención de enfermería en el servicio de UTM fue “buena”, según la opinión de los pacientes que reciben quimioterapia; en relación a la dimensión humana, dimensión oportuna y dimensión continua es “buena” ya que reciben una atención personalizada, con respeto, amabilidad y continua durante las 24 horas del día; la dimensión segura es “regular” faltándole a la enfermera brindar educación al paciente y a la familia sobre su autocuidado”.

QUISPE NINANTAY, Angela María, en Lima, en el 2005, realizó un estudio sobre **“Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”**. Los objetivos fueron: Determinar la opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de la atención de la enfermera del servicio de medicina general del HNAL. Este estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, el método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en los ambientes de medicina general, la muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilística aleatorio simple conformado por 80 pacientes. El instrumento fue la encuesta. Las conclusiones entre otras fueron: (7)

“La opinión de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería es de medianamente favorable a desfavorable, debido a que el paciente manifiesta que la enfermera no le explica el procedimiento que realiza y el tiempo de demora es notorio, se muestra insensible ante el dolor, inseguridad y lentitud, despreocupación ante los efectos del tratamiento, y desagrado por las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo de la enfermera, así como al uso de un lenguaje complicado al dirigirse a este, al no llamarlo por su nombre, indiferencia ante el ambiente de la unidad, así como los ruidos que impiden su descanso, la Invasión de su privacidad y el desinterés por su alimentación”.

Li Lang Chung Fernandez , en el 2011, realizó una investigación titulada **“Percepción de la calidad de atención de enfermería en pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el hospital Cayetano Heredia”** los objetivos fueron determinar la percepción de la calidad de atención de enfermería, a los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el hospital Nacional Cayetano Heredia , e identificar la percepción de la calidad de atención de enfermería según la dimensión humana, oportuna, segura y continua. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 32 pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert. Llegando a la conclusión: (8)

“Un porcentaje considerable (69%) de los pacientes oncológicos tienen una percepción medianamente favorable a desfavorable, que está dado porque la enfermera debe entender los problemas y necesidades, dedicarle tiempo a brindar orientación sobre los cuidados a seguir después de la quimioterapia”

2.1.2. AMBITO INTERNACIONAL

Claudia Andrea Ramírez Perdomo en Colombia (2013) realizó un estudio titulado, **“Evaluación De La Calidad Del Cuidado De Enfermería En La Unidad De Cuidados Intensivos”** El objetivo del estudio fue describir y correlacionar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en una institución de IV nivel del municipio de Neiva. Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 119 usuarios hospitalizados en la UCI. El instrumento utilizado fue el EVACALEN (Evaluación de la Calidad en Enfermería) elaborado por los autoras de la investigación. Para el análisis de datos se aplicaron estadísticos como: medidas de tendencia central, tablas de frecuencia, tablas generales y correlación de Pearson. Conclusiones:

La categoría estructura logra una calificación mala en el 17,6% de los casos, regular en el 43,7% y buena en el 38,7%; la categoría procesos adquiere una calificación de mala en el 5% y regular en el 95%; la categoría resultados registra una calificación de mala en el 17,6%, regular en el 63% y buena en el 19,3%. La versión del cuestionario para evaluar la calidad del cuidado de enfermería consta de 44 ítems; mediante la determinación del Alfa de Cronbach del instrumento, con un valor de 0,848, confirmando así la validez y confiabilidad para medir la calidad del cuidado de enfermería

“Análisis De La Opinión De Usuarios Sobre Calidad Percibida Y Satisfacción Con Hospitales Públicos” Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing - Jorge Riveros S1a, Carmen Berné M2, 3, b. Rev Méd Chile 2007; 135: 862-870 (11)

El análisis empírico se desarrolló a través de la aplicación de una encuesta, diseñada para tal efecto, a una muestra de usuarios de un hospital del sur de Chile.

La muestra se conformó con 200 pacientes/usuarios, hombres y mujeres mayores de 15 años, que acababan de ser atendidos o que se encontraban hospitalizados durante el período en que se aplicó la encuesta. Tanto del consultorio ambulatorio externo como de los servicios de hospitalización, se consideraron las 26 especialidades que poseían mayores prestaciones dentro de un año normal; así como también, todo lo referente al entorno social de la atención (relación entre personal funcionario y usuario), entorno físico (infraestructura) y procesos administrativos del servicio. Se pudo determinar que el trato otorgado por el personal del hospital es el que provoca un mayor efecto sobre la calidad percibida por el usuario/paciente. En segunda instancia influyen una gestión de capacidades y compromisos orientados al usuario y también, la gestión de información y coordinación entre los servicios internos. Una mejor percepción sobre la tramitación de horarios de consulta, ingreso y espera, proporciona en mayor medida que otros aspectos, una mayor satisfacción global con el servicio recibido.

Esto, junto con comodidades de salas de hospitalización y mantenimiento y limpieza general, deben fortalecerse en orden a conseguir mejorar la satisfacción global de los usuarios.

MORALES TORRES, Modesta en España, en el 2004, realizó un estudio titulado, “**Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente**”. El propósito fue: Definir desde el punto de vista de los usuarios que dimensiones de la atención son relevantes para considerar que se ha recibido una buena atención o una atención de calidad; así mismo, conocer si existen otros aspectos además de los correspondientes a la atención de enfermería que les parezcan importantes. Es un estudio tipo cualitativo exploratorio que usó como método la teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 30

pacientes que estuvieron hospitalizados en el servicio de cirugía general y fueron entrevistados a su egreso en sus domicilios. La técnica fue la entrevista con una guía semiestructurada. Las conclusiones entre otras fueron:

“Los resultados mostraron que los usuarios pudieron identificar la dimensión técnica y la dimensión interpersonal, donde señalaron algunos aspectos que deben ser reforzados ya que no son buenos sino regulares, como el manejo del dolor, la continuidad de la atención, la competencia del personal de enfermería y la información proporcionada en la dimensión técnica. Pero también hay puntos que el usuario califica como regulares en la dimensión interpersonal como el trato que brinda el personal de enfermería. Además se encontraron dos categorías más que se relacionan a la percepción general de la atención, las que corresponden a la infraestructura y servicios otorgados por otros departamentos. En infraestructura se encontró la falta de ropa, medicamentos y deficiencias en el mobiliario; en lo referente a los servicios otorgados por otros departamentos se encontró relevante el trato y el tiempo de espera. Estos hallazgos se consideran áreas de oportunidad para mejorar la atención en pacientes hospitalizados”.

Ponce Gómez, Judith; Reyes Morales, Hortensia y Ponce Gómez, Gandhi en México, en el 2002, realizaron un estudio titulado, **“Satisfacción laboral y Calidad de Atención de Enfermería en una unidad Médica de Alta Especialidad”**. El objetivo general fue: describir los factores que intervienen en la percepción de la calidad de atención de enfermería y los que influyen en la satisfacción laboral de la enfermera. El método fue descriptivo, exploratorio y transversal. La muestra estuvo conformada por 182 pacientes elegidos al azar. La técnica fue la encuesta. Las conclusiones entre otras fueron: (10)

“A mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente. La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal, en tal sentido que si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, ofrece servicios de calidad que repercuten

directamente en la percepción de calidad del usuario.”.

Muniz Rosani Manfrin, Zago Marcia Maria Fontão. en Brasil en el 2008 realizó un estudio **sobre “La experiencia de los pacientes sometidos a radioterapia oncológica: una medicina-veneno”** El estudio tuvo como objetivo comprender la experiencia de los pacientes sometidos a radioterapia oncológica. El abordaje de la antropología interpretativa y el método etnográfico orientaron la investigación. Los participantes del estudio fueron diez pacientes de ambos sexos, en el intervalo de edad de 34 a 80 años, acompañados durante el tratamiento radioterápico. Los datos fueron recolectados por entrevistas semi-estructuradas, observación de participante y levantamiento en registros. (11)

“El estudio posibilitó aprender que la simbología de la radioterapia es construida poco a poco, en la medida que los informantes realizan las sesiones del tratamiento. Ese proceso vivido diariamente, por un período aproximado de cinco semanas, lleva el paciente a confrontarse con la enfermedad y las limitaciones impuestas por el tratamiento. Esa construcción contribuye para la intención de contemplar la totalidad de los aspectos que componen el enfermarse, y de aquellos que se incorporan en la experiencia del tratamiento para el tumor, que dan el sentido para la recuperación del cuerpo social e individual”.

2.2 BASE TEÓRICA:

2.2.1 GENERALIDADES SOBRE CALIDAD

¿Qué es calidad total?

La calidad total es un concepto, una filosofía, una estrategia, un modelo de hacer negocios y está localizado hacia el cliente.

La calidad total no solo se refiere al producto o servicio en sí, sino que es la mejoría permanente del aspecto organizacional, gerencial; tomando una empresa como una máquina gigantesca, donde cada trabajador, desde el gerente, hasta el funcionario del más bajo nivel jerárquico está comprometidos con los objetivos empresariales.

Para que la calidad total se logre a plenitud, es necesario que se rescaten los valores morales básicos de la sociedad y es aquí, donde el empresario juega un papel fundamental, empezando por la educación previa de sus trabajadores para conseguir una población laboral más predispuesta, con mejor capacidad de asimilar los problemas de calidad, con mejor criterio para sugerir cambios en provecho de la calidad, con mejor capacidad de análisis y observación del proceso de manufactura en caso de productos y poder enmendar errores.

El uso de la calidad total conlleva ventajas, pudiendo citar como ejemplos las siguientes:

- ✓ Potencialmente alcanzable si hay decisión del más alto nivel.
- ✓ Mejora la relación del recurso humano con la dirección.
- ✓ Reduce los costos aumentando la productividad.
- ✓ La reingeniería junto con la calidad total pueden llevar a la empresa a vincularse electrónicamente con sus clientes y así convertirse en una empresa ampliada. Una de las estructuras más interesantes que se están presentando hoy en día son la formación de redes, que es una forma de organizar a una empresa y que está demostrando su potencial con creces.

La calidad total es un sistema de gestión de calidad que abarca a todas las actividades y a todas las realizaciones de la empresa, poniendo especial énfasis en el cliente interno y en la mejora continua.

Origen de la técnica de la calidad total

Como nos tienen acostumbrados, los japoneses fueron los pioneros. La II Guerra Mundial dejó la economía nipona en una situación catastrófica, con unos productos poco competitivos que no tenían cabida en los mercados internacionales.

Los japoneses no tardaron en reaccionar: se lanzaron al mercado gracias a la adopción de los sistemas de calidad. Los resultados fueron que Japón registró un espectacular crecimiento.

La iniciativa nipona pronto se transmitió a otras zonas del planeta. Europa tardó algo más, pero también fueron los años 80 los del impulso definitivo.

En 1988 nace la European Foundation for Quality Management (EFQM), organización que apuesta por los modelos de gestión de calidad total (GTC o TQM), estrategias encaminadas a optimizar los recursos, reducir costes y mejorar los resultados, con el objetivo de perfeccionar constantemente el proceso productivo.

La implantación de la calidad total es un proceso largo y complicado, supone cambiar la filosofía de la empresa y los modos de gestión de sus responsables; se debe elegir un problema concreto, y analizar el punto en donde esté fallando la empresa.

Los principios de gestión de la calidad total son sencillos de entender, pero complicados de asimilar:

El sistema parte de la búsqueda de la satisfacción del cliente, en todos sus aspectos.

Un primer paso es la búsqueda de la calidad de los productos/servicios.

Pero habrá que tener en claro que el producto/servicio ya no será el punto principal de calidad.

Los principios elementales son los siguientes:

- De poco sirve imponer de forma autoritaria la mejora en cada puesto de trabajo.
- La calidad la produce el último eslabón que termina el producto ó que está en contacto con el cliente pero nunca el director general.
- El directivo tiene que estar convencido de la necesidad de la calidad.
- La transformación de las empresas y la globalización de las economías, han ocasionado un sinnúmero de problemas y dificultades en los gobiernos de América Latina.
- Explicar cómo analizar el hecho, de que la clave del éxito de la fuerza del año 2000, dentro de la organización es la Calidad Total en las empresas, para dar a conocer a la comunidad por qué se realiza esta transformación, es una acción complicada.

Para el análisis de la competitividad y la calidad total en las empresas; existen algunas preguntas obvias: ¿Cómo afectó a las empresas la incorporación del concepto de calidad total? ¿Cómo la calidad total impresionó en las empresas que intervienen en el proceso de Globalización?

Se ha definido al Mejoramiento del personal como una forma de lograr la calidad total, y como una conversión en el mecanismo viable y accesible al que las empresas de los países en vías de desarrollo cierran la brecha tecnológica que mantienen con respecto al mundo competitivo y desarrollado.

Para mejorar un proceso y llegar a la calidad total, y ser en consecuencia más competitivos, es necesario cambiar dicho proceso, para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable. Qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

La clave del éxito es la Calidad Total de mantener sistemáticamente ventajas que le permitan alcanzar determinada posición en el entorno socioeconómico.

El término calidad total es muy utilizado en los medios empresariales, políticos y socioeconómicos en general. A ello se debe la ampliación del marco de referencia de nuestros agentes económicos que han pasado de una actitud auto protectora a un planteamiento más abierto, expansivo y proactivo.

La ventaja comparativa de una empresa estaría en su habilidad, recursos, conocimientos y atributos, etc., de los que dispone dicha empresa, los mismos de los que carecen sus competidores o que estos tienen en menor medida, que hace posible la obtención de unos rendimientos superiores a los de aquellos.

El uso de estos conceptos supone una continua orientación hacia el entorno y una actitud estratégica por parte de las empresas grandes como en las pequeñas, en las de reciente creación o en las maduras y en general en cualquier clase de organización. Por otra parte, el concepto de éxito nos hace pensar en la idea "excelencia", o sea, con características de eficiencia y eficacia de la organización.

Ecuador está sufriendo ya hace algunos años los cambios de la calidad total; pero aún existen algunas empresas en nuestro país que no mostraban estas nuevas formas de hacer empresa y poco a poco están

haciendo los cambios y otras ya fueron absorbidas por otras para no tener que cerrar sus puertas, la calidad de los productos, la red de distribución, las relaciones con la comunidad, el desempeño de los trabajadores, son puntos primordiales en la lucha para desarrollar empresas en estos tiempos.

Progreso del significado de la calidad total

Importancia de la calidad total

La calidad total en la organización de una empresa, debe ser el nervio y motor de la misma; si de verdad la empresa desea alcanzar el éxito debe cimentarse en estas dos palabras.

El mensaje de la calidad total debe ser comunicado a tres audiencias que son complementarias entre sí:

- ✓ Los Trabajadores.
- ✓ Los Proveedores; y,
- ✓ Los Clientes.

Los fundamentos de la calidad total son los siguientes:

- ✓ El objetivo básico: la competitividad
- ✓ El trabajo bien hecho.
- ✓ La Mejora continuada con la colaboración de todos: responsabilidad y compromiso individual por la calidad.
- ✓ El trabajo en equipo es fundamental para la mejora permanente
- ✓ Comunicación, información, participación y reconocimiento.
- ✓ Prevención del error y eliminación temprana del defecto.
- ✓ Fijación de objetivos de mejora.
- ✓ Seguimiento de resultados.
- ✓ Indicadores de gestión.
- ✓ Satisfacer las necesidades del cliente: calidad, precio, plazo.

- ✓ Los obstáculos que impiden el avance de la calidad pueden ser:
- ✓ El hecho de que la dirección no defina lo que entiende por calidad.
- ✓ No se trata de hacer bien las cosas, sino de que el cliente opine igual y esté satisfecho.
- ✓ Todos creen en su concepto, pocos en su importancia y son menos los que la practican.

El control de la calidad total

El Control de la Calidad se posiciona como una estrategia para asegurar el mejoramiento continuo de la calidad. Es un programa para asegurar la continua satisfacción de los clientes externos e internos mediante el desarrollo permanente de la calidad del producto y sus servicios.

Es un concepto que involucra la orientación de la organización a la calidad manifestada en sus productos, servicios, desarrollo de su personal y contribución al bienestar general.

El mejoramiento continuo es una herramienta que en la actualidad es fundamental para todas las empresas porque les permite renovar los procesos administrativos que ellos realizan, lo cual hace que las empresas estén en constante actualización; además, permite que las organizaciones sean más eficientes y competitivas, fortalezas que le ayudarán a permanecer en el mercado.

Para la aplicación del mejoramiento es necesario que en la organización exista una buena comunicación entre todos los órganos

que la conforman, y también los empleados deben estar bien compenetrados con la organización, porque ellos pueden ofrecer mucha información valiosa para llevar a cabo de forma óptima el proceso de mejoramiento continuo.

La definición de una estrategia asegura que la organización está haciendo las cosas que debe hacer para lograr sus objetivos. La definición de su sistema determina si está haciendo estas cosas correctamente.

La calidad de los procesos se mide por el grado de adecuación de estos a lograr la satisfacción de sus clientes (internos o externos).

Es el proceso de alcanzar los objetivos de calidad durante las operaciones. Para el efecto, se deberán desarrollar los siguientes pasos:

- Elegir qué controlar.
- Determinar las unidades de medición.
- Establecer el sistema de medición.
- Establecer los estándares de performance.
- Medir la performance actual.
- Interpretar la diferencia entre lo real y el estándar.
- Tomar acción sobre la diferencia.

El término calidad se ha convertido en una de las palabras clave de nuestra sociedad, alcanzando tal grado de relevancia que iguala e incluso supera en ocasiones al factor precio, en cuanto a la importancia otorgada por el posible comprador de un producto o servicio.

Las necesidades de quienes compran nuestros productos o servicios no son estáticas, sino que evolucionan de forma continua.

Esto supone la permanente adaptación de todos nuestros procesos productivos y comerciales a dichas necesidades, si queremos seguir contando con su fidelidad

Gestión de la calidad es el conjunto de actividades llevadas a cabo por la empresa para obtener beneficios mediante la utilización de la calidad como herramienta estratégica.

Tipos de acción de Calidad Total

Para lograr el mejoramiento de la calidad se debe pasar por un proceso, para así poder alcanzar niveles de performance sin precedentes.

Los pasos de este proceso pueden resumirse así:

- ✓ Probar la necesidad de mejoramiento.
- ✓ Identificar los proyectos concretos de mejoramiento.
- ✓ Organizarse para la conducción de los proyectos.
- ✓ Prepararse para el diagnóstico o descubrimiento de las causas.
- ✓ Diagnosticar las causas.
- ✓ Proveer las soluciones.
- ✓ Probar que la solución es efectiva bajo condiciones de operación.
- ✓ Proveer un sistema de control para mantener lo ganado.

Además se habla del Despliegue de la Función de Calidad (DFC), concepto complejo que provee los medios para traducir los requerimientos de los clientes en los apropiados requerimientos técnicos para cada etapa del desarrollo y manufactura del producto. Es decir, las actividades necesarias para traducir la voz del cliente en las características del producto final.

Para lograr esto, existen los siguientes principios:

- La calidad comienza con deleitar a los clientes.
- Una organización de calidad debe aprender como escuchar a sus clientes y ayudarlos a identificar y articular sus necesidades.
- Una organización de calidad conduce a sus clientes al futuro.
- Productos y servicios sin mácula y que satisfacen al cliente provienen de sistemas bien planificados y que funcionen sin fallas.
- En una organización de calidad, la visión, los valores, sistemas y procesos deben ser consistentes y complementarios entre sí.
- Todos en una organización de calidad, administradores, supervisores y operarios, deben trabajar en concierto.
- El trabajo en equipo en una organización de calidad debe estar comprometido con el cliente y el mejoramiento continuo.
- En una organización de calidad cada uno debe conocer su trabajo.
- La organización de la calidad usa el método científico para planear el trabajo, resolver problemas, hacer decisiones y lograr el mejoramiento.
- La organización de calidad desarrolla una sociedad con sus proveedores.
- La cultura de una organización de calidad sostiene y nutre los esfuerzos de mejoramiento de cada grupo e individuo.
- Para que tengan éxito, los productos o servicios de una empresa se debe:
 - Cubrir una necesidad concreta.
 - Satisfacer las expectativas de los clientes.
 - Cumplir especificaciones y normas.
 - Cumplir los requisitos legales aplicables.
 - Tener precios competitivos.
 - Su coste debe proporcionar beneficio.

2.2.2 CALIDAD DE ATENCIÓN

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (1). Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que : "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (2). Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común (fig. 1). En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

2.2.3 COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de H. Palmer que incluye (3):

- **Efectividad:** Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.
- **Eficiencia:** La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.
- **Accesibilidad:** Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.
- **Aceptabilidad:** Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención. - Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. Uno de los debates mas interesantes en este ámbito es la discusión

sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (Pe.: calidad/unidad de coste) otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad.

2.2.4 CALIDAD MAXIMA VERSUS CALIDAD ÓPTIMA

Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución. Representa como es lógico, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la calidad óptima, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

2.2.5 MOTIVACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos

de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio.

2.2.6 PLANIFICACION, EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

El aumento de los costes de la atención motivó en la década de los 80 una situación de crisis de los sistemas de atención a las personas que condujo progresivamente al convencimiento de que es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria. Una aportación esencial en este ámbito es la realizada por Juran, el cual sostiene que la calidad no sólo puede evaluarse y mejorarse, sino que debe también planificarse, siendo esta fase necesariamente previa a las demás (4). Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de

las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya diseñado el sistema de medida que haga posible una rigurosa evaluación. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce un matiz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación en las empresas, es decir a la alta dirección. Otras contribuciones importantes fueron las de Deming, Crosby, Ishikawa,... que han tenido una significación decisiva en la aplicación de la calidad de la atención de la salud en los últimos diez años.

2.2.7 METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica

Deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar

los niveles previamente establecidos (fig. 2). Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario. Debe resaltarse que si bien la gestión contempla los objetivos de la misma como su herramienta mas importante, los programas de calidad trabajan a base de estándares. Estos conceptos no deben confundirse, así como debe diferenciarse también la investigación sobre calidad, que como toda investigación trabaja sobre hipótesis. De tal manera, no deben mezclarse en un programa de mejora de calidad, elementos propios de la investigación, atendiendo a que ésta maneja conceptos hipotéticos, es decir, aún por demostrar. A modo de corolario de esta sección debe hacerse hincapié en que la calidad de la asistencia, si bien todos los profesionales tienen su parte alícuota, es responsabilidad compartida con la institución y con la dirección del centro. En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en: - Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta. - Compararla con la que estamos realizando. - Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas. - Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos. - Comprobar si estos cambios son eficaces.

2.2.8 EL DISEÑO DE LAS ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en

los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas: - Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo (Pe.: los cuidados más adecuados o, como informar sobre situaciones que generan ansiedad, ...). Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización. - Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.,... - Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, en los últimos años se ha discutido mucho sobre el síndrome del burn-out (quemado) de algunos profesionales. Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación. De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora, derivado de la experiencia japonesa, expresado con claridad en la frase "hacerlo bien a la primera" (Do it right the first time).

2.2.9 LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD:

Los planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro principales (5). En primer lugar el lograr el óptimo beneficio de la atención de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el minimizar los riesgos que la asistencia

comporta, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes o causado por la propia asistencia. Otra finalidad que se persigue es la obtención de la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costes/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por último garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población. Existen diferentes formas de abordar un programa de calidad pero en síntesis puede decidirse trabajar:

- Con un enfoque por problemas, es decir realizando una lista de los aspectos susceptibles de mejora, priorizarlos y abordarlos progresivamente.
- Mediante sistemas de monitorización, evaluando periódicamente a través de indicadores los aspectos considerados cruciales de la atención (tanto si creemos que actualmente lo estamos haciendo bien como si pensamos que puede haber problemas). Este segundo enfoque requiere una mayor complejidad metodológica y de recursos pero permite una visión más globalizada de la situación. Las diferentes formas organizativas los programas que pueden adoptarse (comisiones, grupos de mejora, círculos de calidad,...) dependen del tipo de enfoque del programa y de los objetivos que se fijen en cada momento.

FACTORES DE ÉXITO EN LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORA DE CALIDAD

Para que tenga éxito todo programa de mejora de calidad precisa atender una serie de premisas, cuya ausencia hace presagiar el fracaso del mismo. Así, es primordial que los programas estén

centrados en el cliente y vean a éste como el núcleo de atención. El establecimiento de un programa de mejora de la calidad debe abordarse desde una aproximación multidisciplinaria que contemple de manera global todos los extremos susceptibles de mejora. Como ya se ha mencionado con anterioridad es fundamental la asunción del programa por parte de los directivos del centro y que éste no sólo tenga la consideración de un objetivo institucional sino también que esté integrado en los sistemas de gestión. En lo que se refiere al personal, debe decirse que su participación debe producirse como parte de su responsabilidad profesional y que deben lograrse elementos de incentivación positiva que mantengan el interés por el proceso de mejora. Asimismo, es imprescindible el soporte metodológico para lograr realizar los estudios de forma eficiente, válida y fiable. Por último, y es condición sine qua non, debe procederse a una evaluación sistemática del programa a fin de comprobar su eficacia y corregir los defectos que pudieran haberse encontrado.

LA RELACION DE LA CALIDAD CON EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD

Pesar de que hemos mencionado anteriormente las aportaciones de los sistemas de calidad industrial al modelo de atención a las personas, es interesante señalar una serie de consideraciones de la atención en relación, tanto al cliente como a la sociedad, las cuales diferencian claramente ciertas características de la gestión de la calidad en este ámbito respecto de aquellas propias del ámbito industrial. De una parte, los profesionales de la atención no son sólo proveedores de satisfacción para los usuarios, sino que también aseguran la correcta atención por medio de los aspectos de la calidad técnica, de la máxima importancia. De hecho, el usuario establece con

el profesional una relación fiduciaria, es decir, basada en la asunción de que el profesional obrará de la manera más adecuada y le aconsejará sobre lo que más le convenga (6). Cabe decir que la relación interpersonal que se establece en la atención a las personas es especialmente compleja ya que se produce en unos momentos en que están en juego valores muy importantes de la persona (vida, autonomía, dignidad, etc.), aspectos éstos que deben cuidarse especialmente. De otra parte, no debe olvidarse que el usuario o su familia, en virtud de su derecho emanado del principio de autonomía, tiene la capacidad de participar en el proceso, lo cual establece una responsabilidad compartida con los profesionales en relación a los resultados obtenidos. Por lo que hace referencia a las relaciones con la sociedad debe resaltarse que, al menos en la atención pública, deben utilizarse los recursos de una forma equitativa, de tal manera que la distribución de la atención sea lo mas justa posible. De ahí que la necesidad de interrogarse constantemente sobre si el balance coste-beneficio de la actividad asistencial o de cada procedimiento, es el adecuado.

LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU RELACION CON LA ÉTICA

Estos dos últimos conceptos sientan las bases para considerar la dimensión ética de la garantía de calidad que debemos a nuestros usuarios. En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le atañen -y no hay nada que atañe mas a una persona que su propio cuerpo y su propia vida- y procurar el bien de la comunidad, devienen un imperativo ético. En este panorama el desarrollo de la metodología de la bioética está jugando un papel muy importante. La definición de los principios básicos y su correlación ha representado un

instrumento de valor inapreciable en el ámbito de la calidad y la gestión de los servicios a las personas (7). Además, a partir de la formulación de la bioética, la eficiencia se convierte no sólo en el mejor sistema de controlar costes sino en un imperativo ético para profesionales y gestores, ya que es la única forma de garantizar el principio de justicia. No se trata sólo de hacer lo mejor posible al mínimo coste para ahorrar o aumentar beneficios, sino porque el principio de justicia no permite desaprovechar recursos, siempre escasos hoy en día, que podrían ser utilizados para solventar las necesidades de otros individuos. La bioética constituye en consecuencia un marco global de capital importancia que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones. De este modo, la bioética se convierte en el método para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros, los cuales, con posterioridad, podrán evaluarse y mejorarse siguiendo la metodología de la mejora continua de la calidad.

LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU RELACION CON LOS COSTES

Se ha demostrado fehacientemente que los costes de la no-calidad generan repeticiones innecesarias que aumentan los costes y que éstos constituyen un porcentaje importante de los costes globales del centro, llegándose a cifrar en el 20% de la facturación de muchas empresas y aún el 35% en las empresas de servicios. Por otra parte es oportuno resaltar aquí que la calidad y la cantidad de la atención no son siempre contradictorios. En absoluto puede afirmarse que necesariamente la calidad disminuye cuando se produce más. Este hecho se pone claramente de manifiesto observando la figura 3. En ella puede observarse que, partiendo de una calidad hipotéticamente nula, ésta aumenta proporcionalmente a medida que aumenta

paralelamente la cantidad de actividad sanitaria, si bien , después de llegar a un máximo, la calidad no aumenta y aún disminuye a medida que se va aumentando la cantidad de la producción . Se trata por tanto de conseguir una situación ponderada que se mueva dentro de la banda acotada entre la calidad mínima aceptable y la calidad óptima. La conclusión práctica que puede sacarse es que, por lo que respecta a la obtención de calidad, tan malo es moverse en niveles bajos de cantidad como en niveles muy altos de cantidad que agobian el trabajo del profesional. Si se analiza esta perspectiva desde el punto de vista de la cantidad de recursos en relación con los beneficios obtenidos en la atención sanitaria, puede verse que la curva que correlaciona estos dos ítems adopta una forma tal como la que muestra la figura 4, en la cual puede observarse con claridad el distinto comportamiento de correlación según los diferentes niveles en los que nos podemos mover. De este modo, cuando nos movemos en niveles bajos de beneficios basta un pequeño aumento de los recursos para obtener un significativo aumento de los beneficios. Por el contrario, cuando nos movemos en un nivel apreciable de beneficios se necesita una aplicación de recursos muy notable para producir una muy discreta mejora de los mismos. Una cosa parecida, pero de signo contrario ocurre cuando se analiza la relación de los riesgos con la cantidad de recursos empleados. En efecto, la curva de correlación adopta en este caso la forma que indica la figura 5, de la cual puede deducirse que aplicando una notable cantidad de recursos los riesgos de la atención aumentan en pequeña proporción, siempre que nos movamos en niveles de bajo riesgo y pocos recursos, lo contrario que acontece cuando sobrepasamos el punto de inflexión de la curva en cuya situación la nueva adición de una pequeña cantidad de recursos da lugar a que los riesgos se disparen de manera desproporcionada. Si estos conceptos se estudian desde la óptica de la utilidad, la cual no es

mas que la diferencia entre los beneficios que podemos obtener de la atención y los riesgos que la misma comporta, se puede observar que a medida que se aumentan los recursos va obteniéndose mayores cotas de calidad asistencial hasta un cierto punto, sobrepasado el cual la calidad no aumenta y aún puede disminuir, a pesar de que se vayan aumentando los recursos (Fig. 6). El punto máximo de inflexión de la curva representa por tanto la situación de asistencia óptima. Compárese la semejanza de esta curva con la de la figura 3, quedando patente el paralelismo entre la cantidad de esfuerzo asistencial a realizar por los profesionales y la cantidad de recursos empleados en la asistencia. El algoritmo de la figura 7 ilustra significativamente el papel que juegan los programas de calidad y los posibles efectos de los mismos sobre los costes. En efecto, el impacto sobre los costes que conlleva la aplicación de los programas de mejora de la calidad fue resumido por Donabedian en el presente esquema, postulando este autor que los mismos pueden generar cuatro tipos de actividades. Una de ellas es la detección y mejora de situaciones en las que sea necesario proveer un aumento de recursos y por lo tanto de costes, por ejemplo cuando se aumenta el uso de la morfina en los pacientes terminales, siendo el resultado neto el de mejorar la atención y aumentar el coste. Otra actividad es la supresión de procedimientos que perjudican la salud y aumentan el coste, por ejemplo la prolongación innecesaria de las estancias en centros asistenciales. En estos casos mejora la atención y disminuyen los costes de los procesos. Una tercera actividad sería la identificación y supresión de casos en los que se está proveyendo un servicio no útil ni perjudicial para el cliente, pero que genera coste, por ejemplo cuando se realizan controles de constantes vitales a usuarios que no los necesitan. Por último, la introducción de procedimientos que permitan obtener el mismo beneficio a un menor coste. Por ejemplo, los algoritmos de

decisión en circuitos complejos. En todos estos casos debe considerarse sin embargo, además de los costes directos de la modificación del proceso, los costes indirectos generados en los casos de aumento de productividad y calidad de vida del usuario a nivel positivo y a nivel negativo por el proceso de envejecimiento. Finalmente, no puede dejar de considerarse en este algoritmo el propio coste de llevar a la práctica los programas de mejora de calidad. Es muy oportuna, para cerrar este apartado, la cita de Philip B. Crosby: "Un periodo recesivo no es necesariamente malo para la calidad. En épocas difíciles se intenta reducir los costes y, para ello, es importante eliminar defectos. Al mismo tiempo, las empresas deben hacer mayores esfuerzos para mantener su posición en el mercado, por lo que prestan mayor atención al cliente." Si bien en la atención a las personas desde el ámbito público no ha considerado hasta ahora el término de mercado, también es cierto que la implantación de nuevas formas de gestión, con criterios más empresariales que progresivamente van incorporándose a este campo, hacen cada vez más valorable la cita precedente.

2.2.10 SATISFACCIÓN DE USUARIO COMO INDICADOR DE CALIDAD

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas.

Existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y, finalmente, juzgar la calidad de un servicio, y por lo tanto, quienes pueden aportar a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Esto se debe a que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más dispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por lo tanto, a mejorar su salud.

Desde la perspectiva del paciente, la tarea del médico se puede dividir en la técnica (ciencia) y la interacción interpersonal. A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, tales como el confort, aspectos relativos a la información o comunicación y la rapidez o amabilidad.

El análisis de la satisfacción de los usuarios es visto como un indicador de la dimensión de resultado. A partir de este indicador se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca aspectos que tienen repercusiones directas en la atención, como los tiempos de espera, los

horarios del servicio o los costos de esta misma atención, los cuales, en conjunto, se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.

La satisfacción de los usuarios como indicador de calidad es valorada en los distintos modelos de atención a la salud. Se define como la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente, o de sus familiares, con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida. Mientras que la satisfacción del prestador de los servicios se refiere al logro de sus expectativas y a la satisfacción de sus necesidades personales a través de la realización de su trabajo^{13,18}. La opinión de los usuarios tiene alta credibilidad en los estudios sobre satisfacción, debido a que la evaluación que hacen del servicio es producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores del programa-

Se ha determinado que las prioridades para el paciente son: recibir atención oportuna; ver satisfechas sus necesidades de salud; recibir un trato digno, amable y respetuoso; que la institución prestadora del servicio cuente con personal suficiente y preparado para otorgar la atención requerida; que esta institución disponga de los recursos suficientes para otorgarla, y que la atención brindada se dé en un ambiente adecuado. En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia; la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario; sin embargo, en ambos factores influyen las valoraciones que el paciente tenga. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un paciente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua¹.

La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos:

- a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico,
y
- b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto, se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos. Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión en estos procesos se hace evidente, de alguna manera, en la insatisfacción de los usuarios.

Seclen-Palacin y Darras refieren que existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, entre los que encontramos:

- a) **factores individuales:** la edad y el género;

Sociales: estado marital, grupo social, nivel educativo, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social; factores económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y, por último, en este rubro, experiencia en el contacto previo entre usuario y servicio.

- b) **factores familiares/sociales:** experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, y de la red social circundante en general, y conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.

- c) **factores del servicio de salud:** accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort local y privacidad, entre otros.

En este sentido, es importante la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como la de los estudiantes.

Esto debido a que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como en el de la atención misma. En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios). El concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y del proceso salud-enfermedad son elementos que también modulan la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida. La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud

No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución.

Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su población; atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios; ya que sin la opinión de esta población, cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado.

2.2.11 CONTEXTO ACTUAL DE LA CALIDAD EN SALUD Y SUS INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de calidad son herramientas poderosas que pueden modificar la conducta del proveedor de servicios de salud y mejorar la atención del paciente; sin embargo, actualmente, los indicadores no son balanceados y no consideran el tiempo de demora entre la intervención y el beneficio. Situación que puede afectar en mayor medida a grupos particulares, por ejemplo, los adultos mayores, ya que ellos son los mayores consumidores de los servicios de salud.

Los indicadores de calidad en ancianos frecuentemente están basados en guías de práctica clínica, y se encuentran diseñados para fomentar intervenciones efectivas con base en la evidencia. Y aunque estos indicadores de calidad están incrementando su importancia, existe preocupación porque el seguimiento estrecho con indicadores de calidad de pacientes adultos mayores con condiciones médicas complejas puede exponer a estos pacientes a condiciones potencialmente dañinas en forma no intencional.

Los indicadores de calidad actuales no se encuentran balanceados, en el sentido de que existen muchos indicadores que fomentan la atención apropiada, pero pocos indicadores que desalienten la atención inapropiada.

Este desbalance de los indicadores de calidad afecta principalmente al adulto mayor. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer enfermedades, lo cual incrementa la magnitud del beneficio con un tratamiento; sin embargo, también se encuentran en mayor riesgo de efectos adversos por el tratamiento y por complicaciones en los procedimientos, por lo que sería importante enfocar las intervenciones a los pacientes que más probablemente se beneficien de las intervenciones.

En 1994, Lee SJ y colaboradores propusieron los siguientes puntos para mejorar los servicios de salud basados en calidad: limitar servicios que son de mínimo beneficio o sin beneficios para los pacientes, fomentar cuidados menos costosos pero más efectivos, asegurar el acceso a la atención y, finalmente, fomentar los sistemas de servicios de salud integrados que pueden proveer servicios beneficiosos más efectivos.

En 1999, el Sistema Nacional de Salud de los Estados Unidos (NHS) publicó el llamado «Marco para la evaluación del desempeño» (Cuadro 3) en el que se señala la necesidad de acciones evaluativas en seis áreas y se presenta una serie de indicadores para cada una de las áreas mencionadas.

Cuadro 3. Evaluación del desempeño en salud.

Marco para evaluación del desempeño

1. Mejoría de la salud.
2. Entrega efectiva de atención adecuada.
3. Eficiencia.
4. Experiencia de pacientes y cuidadores.

2.2.12 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general. Florence Nigthingale inicia conceptualizando a la “Enfermería como algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería”.(22)

Posteriormente Virginia Henderson en 1960 conceptualiza “la enfermería como el conjunto de actividades que contribuyen a recuperar la independencia del ser humano lo más rápidamente posible”.(23)

Sor Callista Roy define la enfermería como “un sistema de conocimientos teóricos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo”.

En la actualidad según la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud en su intervención en el último

Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en Noviembre del 2004 refirió que “Enfermería es una profesión centrada en la concepción holística de la persona, que ostenta una práctica integral, preventivo-promocional y recuperativa; que trabaja con seres humanos, familias, grupos, comunidades y sociedad en conjunto, se constituye en un grupo estratégico para liderar e impulsar importantes transformaciones que se requieren en salud, tales como la humanización de la atención, los cambios de paradigmas teniendo como eje la promoción de la Salud, la participación de los usuarios en la gestión, la creación de nuevos espacios y modalidades para la atención, entre otros”.

2.2.13 LA CALIDAD Y LA ENFERMERÍA

Sí hacemos una aproximación al ámbito de los servicios de salud, éstos se consideran de calidad cuando carecen de deficiencias y además satisfacen las necesidades del usuario, incluyendo los aspectos de costo-beneficio. La asistencia a la salud tiene connotaciones diferentes respecto a otro tipo de empresas de servicio y más aun a los cuidados de Enfermería, sobre todo porque este cuidado se basa en la interacción estrecha entre el paciente y la Enfermera y por consiguiente es especial, único e interpersonal.

El cuidado de Enfermería según Pallares tiene las siguientes particularidades:

- Intangibilidad del servicio que prestamos, lo que significa que es difícil medir o valorar las repercusiones concretas que tienen nuestras acciones sobre la mejora de la salud de la persona.

- Carácter interactivo entre las personas que prestan el cuidado y las que lo reciben, lo que quiere decir que pocas actividades profesionales desarrollan una relación tan estrecha como lo son los cuidados de Enfermería ya que se genera una fuerte dependencia por la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran muchos de los pacientes.
- Simultaneidad entre la producción de la atención de Enfermería ya que ambos, Enfermera y paciente coinciden en tiempo y espacio: Por lo tanto, la interacción entre ellos se produce de manera inmediata, por consiguiente esta interacción es única y especial.
- No es repetible, es una experiencia distinta cada vez y su calidad es altamente variable.

Lo anterior obliga a que la Enfermera posea una serie de habilidades que le permitan establecer una relación más estrecha y con mayor sentido de servicio a las personas por ejemplo: habilidades de comunicación, de colaboración y de asertividad. La persona objeto de atención debe ser el principal determinante de la atención de Enfermería y de sus procesos y debe centrarse en el estatus funcional, físico, mental, y psicosocial y en las necesidades de cuidados para la autonomía y bienestar de la persona objeto de cuidado, por consiguiente las características de los servicios sanitarios y del cuidado de Enfermería tienen que ver con la cercanía que se tiene con la persona que recibe la atención y con el nivel de satisfacción que ésta experimenta.

2.2.14 LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Los principales factores que producen satisfacción al usuario de los servicios considerando que el concepto de calidad según la American Society Quality Control se expresa como “el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario de dichos servicios” son:

Equidad, en la atención igualitaria y con las mismas oportunidades de recibir asistencia.

- Fiabilidad, en nuestra actuación y que garantice que no estamos cometiendo errores, demoras u omisiones.
- Efectividad, en la resolución de los problemas de salud de las personas.
- Buen trato, en la atención que implica el reconocimiento de la pluralidad de los usuarios.
- Respeto, hacia sus características personales, creencias y valores.
- Información, ofrecida por el personal de Enfermería que le permita al usuario el conocimiento del entorno, de sus derechos y deberes, y demás información que le permita tomar decisiones respecto a los cuidados que va a recibir o procedimientos terapéuticos.
- Continuidad, que implica el seguimiento de las acciones de cuidado en forma ininterrumpida y con el mismo nivel de calidad.
- Confortabilidad, el grado de confort y seguridad del entorno ofrecido a lo largo de su estancia en el hospital.

Todo este entorno de complejidad de los servicios aunado a las deficiencias presupuestarias, hace necesaria una reflexión sobre la necesidad de garantizar que la atención de Enfermería sea proporcionada con base a estándares de calidad que nos conduzcan a la mejora continua del cuidado que prestamos fundamentado en prácticas seguras con un amplio sustento del conocimiento de la disciplina que asegure que no se presenten deficiencias en dicho cuidado.

2.2.15 MEJORA CONTINUA EN ENFERMERÍA.

No es infrecuente que en Enfermería enfrentemos situaciones de prácticas deficientes que por lo general se originan por falta de conocimientos, por cansancio o por exceso de trabajo entre otros, entre los incidentes mas frecuentes se encuentran errores en la administración de medicamentos, presencia de úlceras por presión, caídas, omisión de algunos tratamientos, errores en la identificación de los pacientes etc. Por lo anterior es imperioso que en todas las instituciones de salud y en particular en los departamentos de Enfermería se apliquen estrategias de mejora encaminadas a la optimización continuada de a calidad de los cuidados Enfermeros que conduzca a la resolución preventiva de problemas para brindar un servicio “libre de riesgos” que incluya el establecimiento de medidas para prevenir los efectos negativos sobre el paciente, reducción de pérdidas económicas y sobre todo la seguridad del paciente y su satisfacción.

Al respecto de la seguridad de paciente (Stull y Pikerton,1988) han caracterizado lo que significa la dirección del riesgo, dicha dirección implica el desarrollo y ejecución de estrategias destinadas a prevenir el

daño a los pacientes, a minimizar las pérdidas financieras y a preservar el capital del servicio de Enfermería. Este tipo de dirección centra sus miras en el control de riesgos y presta mayor atención a aquellas áreas en las cuales pueden prevenirse las causas posibles de incidentes adversos. A través de la reducción de la frecuencia y la gravedad de los daños a los pacientes, la probabilidad de demandas disminuye y con ello los correspondientes costos. El proceso de dirección de riesgos incluye la identificación del riesgo, su análisis, su tratamiento, su evaluación y seguimiento. En el caso de Enfermería es responsabilidad de la gestión el que se garantice que no se presenten estos riesgos o en su caso hacer el seguimiento de los eventos adversos para que en lo sucesivo no se vuelvan a presentar.⁵

2.2.16 MODELO IDEAL DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

Para poder identificar las deficiencias en el cuidado tenemos que definir en primer lugar lo que se considera apropiado; es decir cuál es nuestro modelo ideal de actuación; para ello es preciso asumir la necesidad de un patrón de comparación de la práctica cotidiana de Enfermería con el mejor nivel de calidad posible a ofrecer, no sin considerar el entorno en el que nos desenvolvemos, sobre todo las restricciones económicas y de déficit de recursos humanos y tecnológicos, a este patrón, lo podemos llamar “modelo de atención de Enfermería para el hospital”, a que entendemos como el conjunto de normas y estándares de buena práctica que representan de manera explícita, la forma adecuada de actuar en ese colectivo”⁶

Como hemos mencionado es necesario que en los servicios de Enfermería se realicen acciones concretas y viables que conduzcan a la optimización continuada de la calidad, la que es entendida como la

prevención de errores y la puesta en marcha de estrategias de mejoramiento del cuidado.

De acuerdo con Juran un sistema de calidad debe basarse en la prevención de errores en lugar de estar más preocupados por evaluar como lo estamos haciendo, para ello establece una trilogía que consiste en las siguientes etapas:

2.2.17 PLANIFICACIÓN DE LA CALIDAD

- Identificar a los clientes.
- Determinar sus necesidades.
- Desarrollar las características del servicio que corresponda a las necesidades del cliente.
- Desarrollar los procesos que producen estas características del servicio.
- Transferir los planes a resultados de actuación.

2.2.18 CONTROL DE CALIDAD

- Evaluar el rendimiento actual de la calidad.
- Comparar el rendimiento actual con los objetivos de la calidad.
- Actuar sobre las deficiencias.

2.2.19 OPTIMIZACIÓN DE LA CALIDAD

- Establecer la infraestructura necesaria para asegurar la optimización de la calidad.
- Identificar las necesidades específicas para la optimización, que se convierten en los procesos de optimización.

- establecer un equipo para el proyecto con responsabilidades para su cumplimiento.
- Proporcionar los recursos y la formación necesaria para que el equipo diagnostique los problemas que encuentre, desarrolle una solución y establezca controles para mantener los beneficios.⁷

La optimización de la calidad es diferente al control de calidad ya que el proceso de optimización incluye identificar a los clientes y sus expectativas y determinar y analizar la discrepancia entre las expectativas deseadas y la realidad utilizando diferentes métodos o modelos que se mencionan más adelante.

2.2.20 LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

La calidad de la asistencia dentro de un centro se sustenta principalmente en una adecuada organización de la institución y del servicio, la suficiencia de recursos y disponibilidad y capacitación de los recursos humanos, la actuación del personal conforme a las normas vigentes, pero sobre todo de los resultados asistenciales obtenidos en un marco social humano adecuado, por lo que cobra especial importancia la satisfacción del cliente con respecto a la atención de Enfermería. No siempre las Enfermeras (os) comprendemos en toda su dimensión lo que el paciente necesita y nos enfrascamos en una rutina institucional rígida y cargada de tradiciones que sin duda afectan su bienestar, así tenemos por ejemplo que los horarios de visita no permiten que descanse lo suficiente, el horario de las comidas no coincide con sus hábitos que tiene en su vida diaria, lo obligamos a bañarse a las 6 de la mañana, no permitimos que tenga sus objetos personales preferidos porque “contaminan”, lo

despersonalizamos al llamarle “madrecita” “hijita” “o abuelito (a) o en el peor de los casos “ el señor de la cama 20”. Es por ello que al interior del grupo de Enfermería debemos interesarnos en conocer quién es la persona a la que cuidamos, cuáles son sus temores con respecto a su salud, que le preocupa, y sobre todo que espera de nosotras.

Rescatar el sentido humano del cuidado de Enfermería debe ser nuestra principal preocupación, así como es importante la realización de procedimientos seguros conforme a los estándares de calidad establecidos, también lo es comunicarnos con él, establecer en conjunto las metas de cuidado y sobre todo tener una relación de empatía que le genere confianza sobre cuidados que recibe.

Otro elemento de satisfacción de los cuidados recibidos es sin duda la ausencia de complicaciones y la resolución efectiva del problema de salud así como la relación interpersonal con los profesionales que le atienden en especial el médico y la Enfermera, y se incluyen parámetros tan diversos como la cortesía y oportunidad en el trato, el que se desarrolle un ambiente agradable (luz, temperatura, ventilación privacidad, orden, limpieza etc), sin olvidar la importancia que en la satisfacción tiene el que reciba la información suficiente sobre su padecimiento y tratamiento por parte del todo el personal de acuerdo con el área de responsabilidad que cada uno tiene.

La mayoría de los factores de satisfacción o insatisfacción pueden ser expresados sin problema por los usuarios pero existen aspectos del cuidado que son de carácter intrínseco (calidad intrínseca) y que son difíciles de percibir por ellos, por ejemplo la forma correcta de instalar una sonda nasogástrica, la forma correcta de administrar un paquete globular, o la forma correcta de la administración de un medicamento

por vía venosa etc. Pero existen otros aspectos de la atención que identifica con mayor facilidad (calidad percibida) como lo es el horario correcto de la administración de un medicamento, el trato cortés, la amabilidad de la Enfermera, las medidas de higiene, entre otras. A la unión de estas dos se le denomina según Pallares calidad integral.

Todos los usuarios tienen en mayor o menor grado expectativas con respecto a su atención y es nuestra responsabilidad el explorar si estamos cubriendo sus necesidades individuales, como la última fase del proceso atención de Enfermería, esta evaluación la podemos realizar a partir del modelo propuesto por A. Donabedian que lo desarrolla en

Tres grandes dimensiones que podemos adaptar para la valoración de la calidad del cuidado del Enfermería:

2.2.21 VALORACIÓN DE LA CALIDAD DEL CUIDADO DEL ENFERMERÍA:

- a) Los medios: LA ESTRUCTURA, que tiene que ver con la disponibilidad de los recursos para la atención.
- b) Los métodos: EL PROCESO DE LA ATENCIÓN, que se refiere a los procesos de cuidado y
- c) Los resultados: LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN, que se refiere al logro de las metas del cuidado.

En consecuencia, es común que se considere que la satisfacción del cliente es un buen indicador del resultado de la atención que recibió durante su estancia en el hospital o centro, por lo tanto debemos analizar si su satisfacción con la atención fue favorable o desfavorable, para ello se cuentan con una serie de formas o métodos que nos

permiten tener un acercamiento a esta realidad. Los más comúnmente utilizados por la mayoría de las instituciones son: los cuestionarios de opinión, la entrevista estructurada, la entrevista abierta, los buzones de sugerencias, los reportes de incidentes críticos, los informes de supervisión o en su defecto la queja directa con directivos. Cada uno de ellos nos proporciona una serie de información que permitirá hacer un análisis detallado de las opiniones recogidas y establecer en conjunto con el grupo de calidad las medidas correctivas y las estrategias de mejora de la atención, con el único propósito de brindar un cuidado de óptima calidad.

2.2.22 GENERALIDADES SOBRE PERCEPCIÓN

DEFINICIÓN

Es uno de los temas fundamentales de la **Psicología moderna** y, aunque intuitivamente tenemos una idea aparentemente clara de a qué nos referimos cuando hablamos de percibir, la percepción es algo muy complejo: es un proceso en el cual el receptor no es pasivo.

Podríamos decir que la percepción es un **proceso bipolar** de información sobre el mundo que permite al receptor adaptarse a su entorno. Se realiza mediante una selección de los elementos importantes para el receptor, que puede tener distintos objetivos en cada momento (y, por tanto, percibir lo mismo de formas diferentes a lo largo de su existencia).

Nuestra forma de percibir se debe en gran parte a factores subjetivos, pero también a la configuración de lo percibido (vemos una figura sobre un fondo y tendemos a agrupar estímulos, por ejemplo).

Tres escuelas otorgan distinto grado de importancia a la objetividad y la subjetividad de la percepción: la asociacionista afirma que la percepción es algo posterior a la sensación y se debe a que el sujeto asocia distintas sensaciones para crear la percepción final; la Gestalt (Escuela de la Forma) declara que percibimos totalidades de una sola vez, que la percepción es global; finalmente, la teoría funcionalista destaca la importancia de la subjetividad en la percepción.

La percepción comprende principalmente 2 procesos:

1. La Recodificación o selección de toda la información que nos llega del exterior, reduciendo la complejidad y facilitando su almacenamiento en la memoria.
2. Un intento de ir más allá para predecir acontecimientos futuros y de este modo reducir sorpresas.

Estos dos procesos dan una estructura a nuestro proceso perceptual, en el sentido que nuestra percepción no constituye un continuo procesamiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden, sino al contrario, al percibir una persona o un objeto creamos un orden en todo ese caudal de información. Ese orden nos permite reexaminar la información para adicionarle más información de interés para nosotros y poder relacionar comportamientos y situaciones.

La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones. Selección: el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir, que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan.

Generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes, captando sólo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses.

Organización: los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje. La escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc. Interpretación: esta fase proporciona significación de los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de su experiencia e interacción con el entorno.

La percepción de los individuos tiene como características el ser subjetiva, selectiva y temporal. Subjetiva: ya que las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro. Selectiva: en la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir; y Temporal: ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos. Y se compone de dos tipos de inputs, que son las sensaciones y los inputs internos. Las sensaciones que son la respuesta de los órganos sensoriales a los estímulos externos. La sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Los inputs internos que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos; algunos de ellos son la necesidad, motivación y experiencia.

El proceso perceptual también involucra al elemento conductual, ya que la percepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no.

La percepción es considerada un proceso cíclico de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende de la información que el mundo da, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe; estas afectan tanto al acto perceptivo mismo, por la alteración de los sistemas perceptivos, como a otros procesos superiores, como son las motivaciones y las expectativas.

2.2.23 INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA AL PACIENTE CON CANCER

El cuidado que demanda el paciente oncológico Los pacientes presentan unas necesidades físicas y psicológicas complejas durante la evolución de la enfermedad, en la que se deben tratar adecuadamente. Para poder brindarle un cuidado de calidad se debe conocer cuáles son las demandas básicas que necesitará el paciente. Tres principios básicos para utilizar con el paciente oncológico. A. Buenos cuidados profesionales – administrar un tratamiento de calidad. B. Cuidados centrados en el paciente – el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente no en conveniencia del hospital. C. Cuidado holístico – se dirige de forma más amplia a las necesidades y deseos del paciente, excluyendo el aspecto clínico del tratamiento.

La psico oncología en el paciente Las precauciones más importantes del enfermo oncológico son psicológicas, aunque en muchos casos la relación es directa con los problemas físicos. No existe alguna forma única de enfrentar el cáncer. El adaptarse se debe considerar un proceso dinámico y flexible que depende de unas variables. Estas variables son las siguientes: A. Variables personales – dependen de la edad del paciente, su nivel de desarrollo psicológico con metas de conocimiento motoras y sociales, que debe alcanzar en cada etapa y el grado de comprensión de la enfermedad, favorecido o no por la actitud ante la comunicación del diagnóstico. B. Variables propias de la enfermedad – es el tipo de cáncer, su pronóstico y fase de la enfermedad, con etapas diferenciales tales como; el diagnóstico, tratamiento, recaídas o recurrencias y el desenlace, la supervivencia o la muerte y el duelo de la familia. C. Variables ambientales – la adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad, las características del funcionamiento familiar, la presencia de otros estresores concurrentes, el apoyo social y económico que ésta tenga y el medio sociocultural.

El principal procedimiento para tratar el cáncer es la Quimioterapia Este consiste en el uso de medicamentos o drogas para tratar el cáncer. Estos medicamentos destruyen o deterioran el crecimiento de las células cancerosas por medio de la intervención en puntos específicos del ciclo celular. Una combinación de medicamentos con diferentes tipos de acción permite que éstos trabajen juntos para destruir el mayor número de células cancerosas. Entre las complicaciones que se deben tratar están las infecciones, el cual se le administra antibióticos, dolor neoplásico, se le administra terapia del dolor, y neutropenia, se le coloca en aislamiento preventivo (invertido).

Rol fundamental en la administración de quimioterapia

Durante todo el proceso oncológico, el personal de enfermería actúa como colaborador del médico, coordinando todas las pruebas diagnósticas y de tratamiento, “pero sobre todo, lo que nosotros consideramos más importante aún, es que somos los responsables de transmitir toda la información que la paciente necesita para llegar a la terapia propuesta con todos los datos necesarios y todas las dudas o inquietudes resueltas”, dice la supervisora de Hospitalización Quirúrgica de MD Anderson Cancer Center Madrid.

En concreto, la administración de quimioterapia es uno de los procedimientos donde la intervención de enfermería es más relevante, por eso la estandarización de protocolos garantiza una calidad asistencial óptima. “Es importante conocer a la paciente, su enfermedad, el tratamiento que recibirá, los que ha recibido ya y cuál ha sido su tolerancia. También es necesario informarla de los posibles efectos adversos, y será labor de enfermería formarla para que pueda manejar esos síntomas de la mejor manera posible”, puntualiza Gil Lorenzo.

El perfecto conocimiento del personal de enfermería, tanto de la administración del tratamiento como de los síntomas asociados a él, así como la estandarización de los cuidados, consiguen una mayor calidad asistencial que repercute directamente en el grado de confianza de las pacientes en el equipo y, por tanto, en un mayor nivel de satisfacción.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **PERCEPCIÓN USUARIO:** es la experiencia advertida y expresada por el usuario en, relación a la calidad de atención de la enfermera.
- **CALIDAD ATENCION ENFERMERIA:** es el resultado alcanzado a través de todas las acciones de la enfermera encaminadas a satisfacer las necesidades reales y sentidas de los usuarios, buscando alcanzar el bienestar del paciente.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE: percepción del paciente acerca de la calidad de atención de la Enfermera.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Percepción de la calidad de atención de la Enfermera	La percepción como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos, no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos, sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información. Es una dimensión determinada por el contexto sociocultural, los hábitos y las costumbres; además del ambiente físico donde se brinda el cuidado	Es la captación a través de sus sentidos acerca de la atención de la enfermera, y que está relacionada con las Dimensiones: Estructura(dimensión Humana) Proceso (Dimensión Técnica) y Resultados (dimensión Interpersonal)	ESTRUCTURA: (CARACTERÍSTICAS HUMANAS) PROCESO: (CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS) RESULTADOS: (CARACTERÍSTICAS INTERPERSONAL)	Amabilidad, trato, confort. Interés, comodidad, confort. información, orientación, accesibilidad, oportunidad, continuidad, Impacto (Seguridad, respeto, humanización cuidado, confianza, imagen)

CAPITULO III

MATERIAL Y METODO

3.1 NIVEL, TIPO Y MÉTODO DE ESTUDIO.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, porque permite la medición y cuantificación de la variable de estudio, de nivel aplicativo porque permite generar información valiosa para la planificación de estrategias en busca de fortalecerla calidad del cuidado.

El método utilizado es el descriptivo según el análisis y alcance de los resultados, que nos permite conocer la realidad de la población tal y como se encuentra y de corte transversal porque implica la obtención de datos en un tiempo y espacio determinado.

3.2 SEDE DE ESTUDIO.

La investigación se llevó a cabo en el servicio de oncología, unidad de quimioterapia del Hospital Militar Central ubicado en la Av. La Marina S/N. Jesús María –Pueblo Libre, es un centro de atención de nivel IV consta con una infraestructura equipada con materiales y equipos médicos especializados para brindar atención a los pacientes con diversos tipos de cáncer. El servicio de Oncología está ubicado en el cuarto piso del Pabellón A del Hospital Militar Central y la atención es ambulatoria y hospitalización, siendo el promedio de atención por día de 8 a 12 pacientes que reciben quimioterapia. La unidad en mención cuenta con el siguiente personal: 3 médicos oncólogos, 2 médicos hematólogos, 14 enfermeras, 1 psicóloga y 7 personal técnico.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población estuvo conformada por todos los pacientes adultos que ingresan al unidad de quimioterapia del servicio de oncología del Hospital Militar Central, durante el mes de diciembre- enero 2016 (100 pacientes).La muestra estará conformada por 60 pacientes el muestreo utilizado fue el probabilístico por conveniencia.(VER ANEXO N° E)

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1 CRITERIOS INCLUSIÓN:

- Pacientes con tratamiento de quimioterapia, durante el mes de diciembre - Enero 2017.
- Pacientes con una Hospitalización como mínimo en el servicio de oncología.
- pacientes que aceptan participar en el estudio.
- pacientes mayores de 18 años y menores de 70 años

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con limitación para comunicarse
- Pacientes que no acepten el consentimiento informado
- Pacientes sin antecedente de hospitalización en otros servicios.

3.5. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se aplicò la técnica de la encuesta y el instrumento un cuestionario tipo Likert, modificada el cual consta de presentación de datos generales, instrucciones, y el contenido compuesto por 22 enunciados,

y cuatro alternativas de respuesta: con una puntuación de entre 1 y 4 : Totalmente en desacuerdo(1), Parcialmente de desacuerdo(2), Parcialmente de acuerdo(3), Totalmente de acuerdo. (4), (VER ANEXO B)

- La validez Y Confiabilidad

A fin de determinar la validez y confiabilidad estadística, se sometió a juicio de expertos y luego de procesado la información en la tabla de concordancia y Prueba Binomial (ANEXO C). Posterior a ello se realizaron los reajustes necesarios en base a las observaciones consideradas. La validez y confiabilidad estadísticamente para el instrumento se calculó utilizándose el coeficiente Alfa de Crombach (VER ANEXO D.)

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron: trámite administrativo, a fin de obtener las facilidades para ejecutar el estudio. Luego de la autorización se realizaron las coordinaciones pertinentes con la Enfermera Jefe del Servicio a fin de establecer el cronograma de recolección de datos, considerando el tiempo de 20 – 30 minutos para su aplicación al sujeto de estudio previa aplicación del consentimiento informado (AnexoA).

3.7. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.

Luego de haber recolectado los datos, éstos fueron procesados previa elaboración de la tabla de código y tabla de matriz, utilizando el programa Excel y el programa estadístico SPSS 22. Los resultados

serán presentados en gráficos y/o tablas para su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Para el análisis de datos se confrontaron los resultados con la base teórica seleccionada, esto permitió verificar la congruencia de los resultados con la literatura. Se utilizó tablas, gráficos y medidas de resumen (proporción, promedio, desviación estándar, varianza) para la descripción de los datos.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para el presente estudio de investigación se tomó en cuenta la participación voluntaria de los pacientes, mediante el consentimiento informado teniendo en consideración el respeto a la persona, confidencialidad de sus respuestas y el trato adecuado y cordial con cada uno de ellos.

Para la implementación del estudio fue necesario contar con la autorización de la institución y el consentimiento informado de los pacientes sujetos de estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

Los resultados de en la presente investigación se han presentado en tablas y gráficos estadísticos, así como el análisis e interpretación respectiva.

DATOS GENERALES

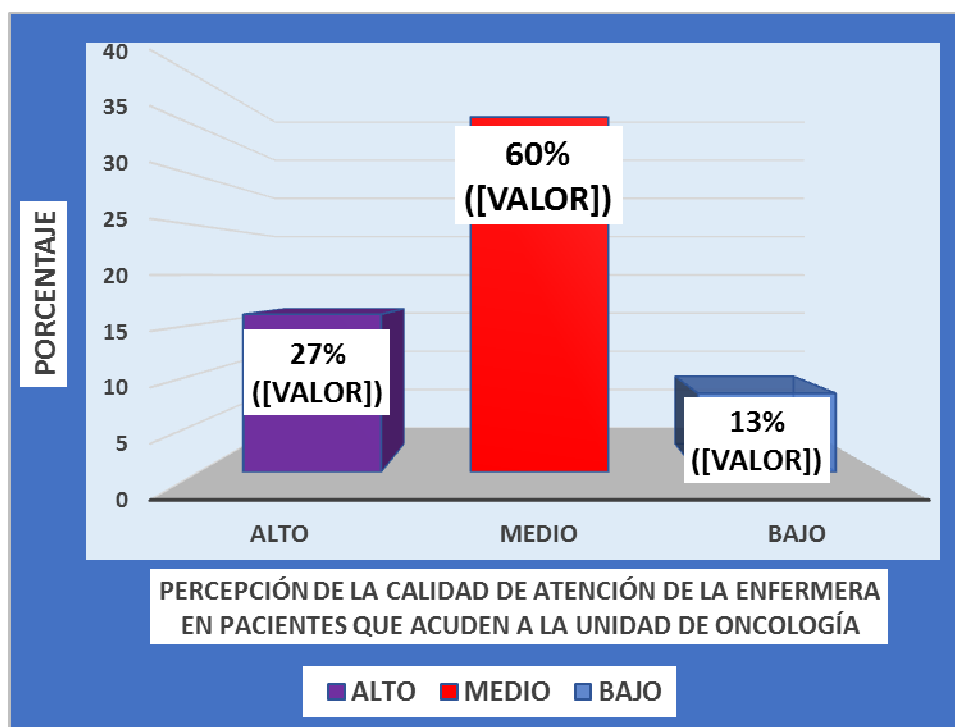
La población de estudio estuvo constituida por 60 (100%) pacientes, siendo del sexo masculino (39)SEGUIDO sexo femenino (21), Respecto a la edad de los usuarios es su mayoría es de 20 a 70 años y en una minoría de la edad de 40 años.

Respecto al número de hospitalizaciones de los pacientes predomina, de 3 veces a Cuatro veces (12) y una minoría sola vez en un (8).

DATOS ESPECIFICOS

GRAFICO N° 1

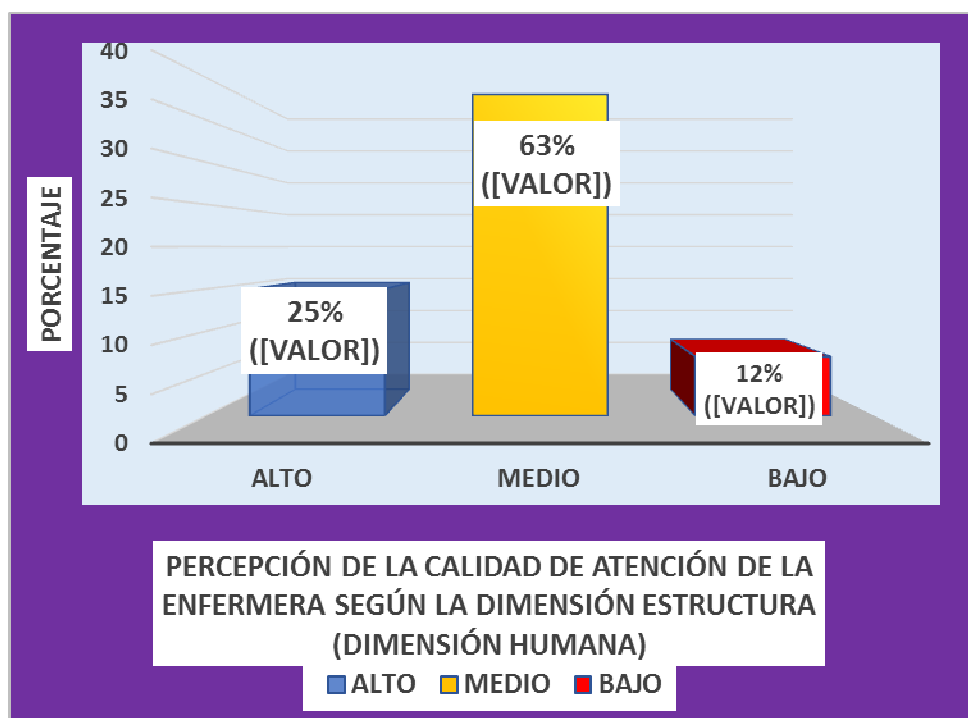
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, la percepción de la calidad de atención de la enfermera en pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es Medio en un 60%(36/60), es Alto en un 27%(16/60) y Bajo en un 13%(8/60). Estos niveles de percepción se presentan según las respuestas donde señalan en la dimensión humana que: Parcialmente de acuerdo, la enfermera se identifica al momento de su atención, de igual forma están parcialmente de acuerdo que a enfermera lo escucha cuando usted necesita hablar, asimismo parcialmente de acuerdo con la enfermera se muestra amable cuando usted solicita su atención. En la

GRAFICO N° 2

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA SEGÚN LA DIMENSIÓN ESTRUCTURA (DIMENSIÓN HUMANA)



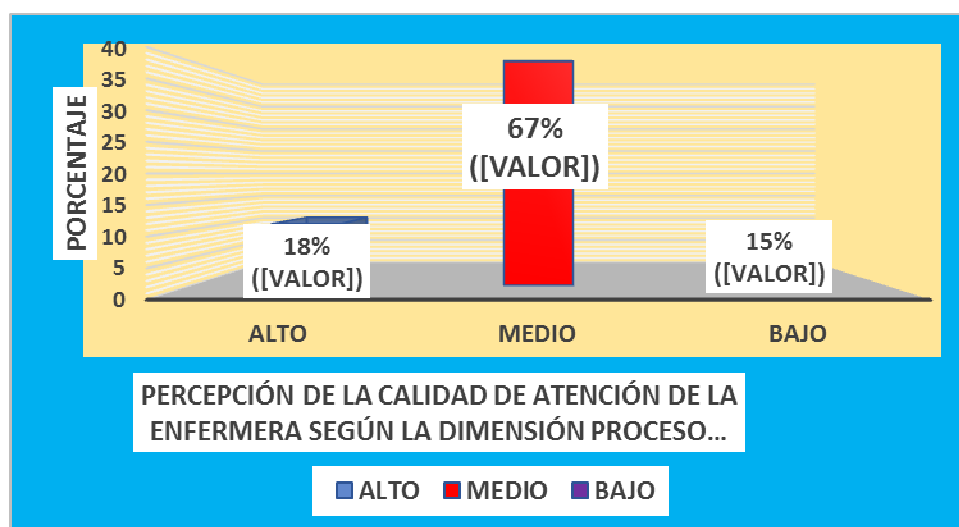
dimensión técnica: Parcialmente de acuerdo con que la enfermera le orientó sobre la evolución de la enfermedad. Y alternativas para disminuir las molestias de los efectos secundarios, de igual forma con que la enfermera le proporcionó, información sobre cambios en el patrón de actividad y/ o rutina diaria, también se muestran parcialmente de acuerdo con la enfermera le orientó sobre cuidados de higiene, alimentación y descanso, y en la dimensión. En la dimensión Interpersonal Parcialmente de acuerdo se sienten seguras frente al cuidado que ofrecen las enfermeras, de igual forma parcialmente de acuerdo sienten gran respeto por el trabajo que realizan las

enfermeras, además parcialmente de acuerdo con que las enfermeras me dan un trato humano.

De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2, la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión estructura (dimensión humana) en pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es Medio en un 63%(38/60), es Alto en un 25%(15/60) y Bajo en un 12%(7/60). Estos niveles de percepción se presentan según las respuestas donde señalan que: Parcialmente de acuerdo, la enfermera se identifica al momento de su atención, de igual forma están parcialmente de acuerdo que a enfermera lo escucha cuando usted necesita hablar, asimismo parcialmente de acuerdo con la enfermera se muestra amable cuando usted solicita su atención, también parcialmente de acuerdo, de la misma manera se encuentran parcialmente de acuerdo Las enfermeras se preocupan por el arreglo y limpieza de mi ambiente, consideran también que se encuentran parcialmente de acuerdo con las enfermeras se preocupan por regular la luz y temperatura de mi habitación. Se encuentran también parcialmente en desacuerdo que las enfermeras muestran interés por su descanso y sueño. Asimismo las enfermeras supervisan o controlan el mantenimiento físico de la habitación (albañilería, Gasfitería, mecánica fina, pintura)

GRAFICO N° 3

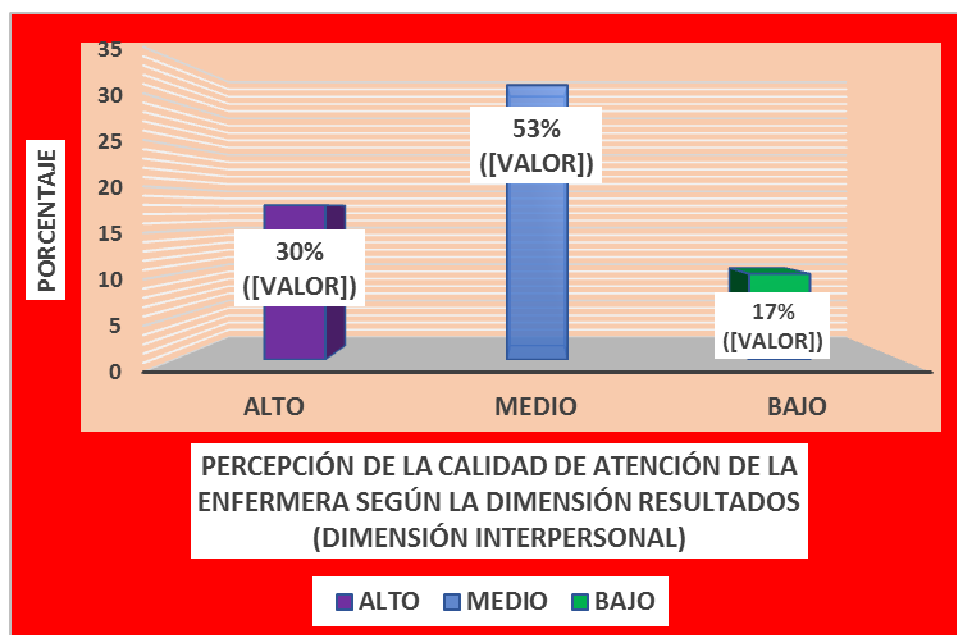
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA
SEGÚN LA DIMENSIÓN PROCESO (DIMENSIÓN TÉCNICA)**



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 3, la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión proceso (dimensión técnica) en pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es Medio en un 67%(40/60), es Alto en un 18%(11/60) y Bajo en un15%(9/60).). Estos niveles de percepción se presentan según las respuestas donde señalan que: Parcialmente de acuerdo con que la enfermera le orientó sobre la evolución de la enfermedad. Y alternativas para disminuir las molestias de los efectos secundarios, de igual forma con que la enfermera le proporcionó, información sobre cambios en el patrón de actividad y/ o rutina diaria, también se muestran parcialmente de acuerdo con la enfermera le orientó sobre cuidados de higiene, alimentación y descanso, asimismo se encuentran parcialmente de acuerdo con que la

GRAFICO N° 4

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA SEGÚN LA DIMENSIÓN RESULTADOS (DIMENSIÓN INTERPERSONAL)



enfermera le orientó sobre los trámites a seguir para su próxima cita. También parcialmente de acuerdo con que la enfermera le enseñó medidas de prevención de posibles complicaciones: enfermedades respiratorias, infección de las mucosas orales, y piel, de igual forma se muestra parcialmente de acuerdo con la enfermera le explicó sobre los posibles efectos secundarios que se presentan posterior a la quimioterapia tales como; caída del cabello, náusea - vómito, Estreñimiento, diarrea, entre otros. Parcialmente en desacuerdo la enfermera es accesible cuando usted le solicita apoyo, también están parcialmente en desacuerdo La enfermera lo hace sentir seguro,

asimismo parcialmente en desacuerdo que la enfermera se asegura que tenga la atención médica en el momento preciso.

De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 4, la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión resultados (dimensión interpersonal) en pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es Medio en un 53%(32/60), es Alto en un 30%(18/60) y Bajo en un 17%(10/60). Estos niveles de percepción se presentan según las respuestas donde señalan que: Parcialmente de acuerdo se sienten seguras frente al cuidado que ofrecen las enfermeras, de igual forma parcialmente de acuerdo sienten gran respeto por el trabajo que realizan las enfermeras, además parcialmente de acuerdo con que llas enfermeras me dan un trato humano. Parcialmente en desacuerdo se sienten confiadas y seguras frente a los procedimientos que realizan las enfermeras, asimismo parcialmente en desacuerdo con que las enfermeras son profesionales bien preparadas en conocimientos teóricos y prácticos,

4.2. DISCUSIÓN

Luego de procesar la información, atendiendo a los objetivos planteados al inicio del estudio, en el presente capítulo se discute los resultados con la teoría encontrada

Los datos permiten afirmar que los pacientes que acuden a consulta externa del servicio de oncología, responden en su mayoría a los criterios de inclusión establecidos, son adultos mayores. De ambos sexos.

En nuestro estudio la edad media fue de 20 a 36 años en un 53%(32), de 37 a 53 años en un 30%(18) y de 54 a 70 años en un 17%(10), en cuanto al sexo predomina es el Masculino en un 65%(39) y Femenino en un 35%(21).

Un estudio realizado en México ha descubierto que la edad, nivel de estudios y la clase social basada en la ocupación, la experiencia son indicadores que influyen al momento de percibir la calidad de algo

La percepción puede definirse como una función psíquica que le posibilita al organismo recibir, procesar e interpretar la información que llega desde el exterior valiéndose de los sentidos, puede hacer mención también a un determinado conocimiento, a una idea o a la sensación interior que surge a raíz de una impresión material derivada de nuestros sentidos.

En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es la base para establecer la credibilidad en toda su organización. Existen factores biológicos de la percepción, con los cuales nacemos y otros aprendidos; esto significa que la forma en la que percibimos nuestro entorno se modifica a lo largo de nuestra vida a través de las experiencias, la edad entre otros.

Los resultados de esta investigación es que la mayoría de los pacientes que acuden a que acuden a la Unidad de Oncología es Medio en un 60%(36/60), es Alto en un 27%(16/60) y Bajo en un 13%(8/60).

Existe coincidencia con el estudio realizado por QUISPE NINANTAY, Angela María, en Lima, en el 2005, realizó un estudio sobre "Opinión que tienen los pacientes del servicio de medicina general sobre la

calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza” en donde los resultados de esta investigación es que la mayoría de los pacientes perciben que la atención que brinda la enfermera en el servicio de oncología es medianamente favorable.

MORALES TORRES, Modesta en España, en el 2004, realizó un estudio titulado, “Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente”

En cuanto a enunciados indicadores de la dimensión Estructura (interpersonal), es Medio en un 60%(36/60), es Alto en un 27%(16/60) y Bajo en un 13%(8/60).

Estos niveles de percepción se presentan según las respuestas donde señalan en relación al momento de la atención: Parcialmente de acuerdo, en relación a que la enfermera se identifica, de igual forma están parcialmente de acuerdo que la enfermera lo escucha cuando necesita hablar, asimismo parcialmente de acuerdo en relación con la enfermera se muestra amable cuando solicita su atención.

Respecto a la dimensión Proceso (técnica), la mayoría es percepción Medio en un 67%(40/60), es Alto en un 18%(11/60) y Bajo en un 15%(9/60). la mayoría de pacientes valorò como respuesta los ítems: Parcialmente de acuerdo con que la enfermera le orientó sobre la evolución de la enfermedad. Y alternativas para disminuir las molestias de los efectos secundarios, de igual forma con que la enfermera le proporcionó, información sobre cambios en el patrón de actividad y/ o rutina diaria, también se muestran parcialmente de acuerdo con la enfermera le orientó sobre cuidados de higiene, alimentación y descanso, asimismo se encuentran parcialmente de acuerdo con que la enfermera le orientó sobre los trámites a seguir para su próxima cita. También parcialmente de acuerdo con que la

enfermera le enseñó medidas de prevención de posibles complicaciones: enfermedades respiratorias, infección de las mucosas orales, y piel, de igual forma se muestra parcialmente de acuerdo con la enfermera le explicó sobre los posibles efectos secundarios que se presentan posterior a la quimioterapia tales como; caída del cabello, náusea - vómito, estreñimiento, diarrea, entre otros. Parcialmente en desacuerdo la enfermera es accesible cuando usted le solicita apoyo, también están parcialmente en desacuerdo La enfermera lo hace sentir seguro, asimismo parcialmente en desacuerdo que la enfermera se asegura que tenga la atención médica en el momento preciso.

Estudio realizado por TIMANÀ y col en 2006 “ estudio percepción de la calidad de atención por el usuario externo del servicio de emergencia del hospital nacional Daniel Alcides Carrión “quién tomo el modelo de calidad de Donabedian, evaluando la calidad de los servicios prestados en Emergencia en donde resulto que percibieron que la atención de la calidad era buena, relacionada con la estructura del servicio de emergencia, con la capacidad de respuesta y la calidad del servicio ofrecido, así como con los resultados de la atención

La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal, en tal sentido que si el personal se siente cómodo con su jornada y experiencia laboral, ofrece servicios de calidad que repercuten directamente en la percepción de calidad del usuario.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al término de esta investigación, ha sido posible llegar a las siguientes conclusiones

- El usuario que acude al servicio de oncología muestra un nivel de Satisfacción global medio de 50.6%.
- En la dimensión de infraestructura tiene una satisfacción media de 63.%.
- La dimensión de Proceso (técnica) tiene una satisfacción media en un 67%
- según la dimensión resultados (dimensión interpersonal) es Medio en un 53%

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar investigaciones sobre la percepción de la calidad con enfoque cualitativo a fin de conocer el mundo subjetivo de los pacientes frente a este fenómeno
- Estos resultados permitirán la incorporación de sistemas adecuados para la mejora de la calidad de la atención y buscar la satisfacción de los usuarios.
- Revisión constante de los resultados de los elementos, estructura, proceso y resultados para la mejora continua, de la calidad en forma sostenida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Resumen de Indicadores de Salud 2012 [Internet]. Lima: INEN; 2012 [citado el 22 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_e_stadisticos/06032013_RESUMEN_INDICADORES_INTRANET.pdf
2. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima: INEI; 2008.
3. Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. Indicadores de Mortalidad 2011 [Internet]. Lima: Minsa; c2013 [citado el 22 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/Asis/indbas/2011/mortalidad.pdf>
4. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Condiciones de vida en el Perú [Internet]. Lima: INEI; c2013 [citado el el 22 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=14486.pdf>
5. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. Int J Clin Hlth Psyc. 2003;3(1):505-20.
6. Aiquipa Mendoza, Ana C.; Calidad de la Atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN; Lima; En Tesis; UNMSM; 2003
7. Quispe Ninantay, Ángela M.; Opinión que tienen los Pacientes del Servicio de Medicina General sobre la Calidad de Atención de la Enfermera en el Hospital Arzobispo Loayza; Lima; En Tesis; UNMSM; 2005. Pág. 26, 28, 30.

8. Li Lang Chung Fernández; Percepción de la calidad de atención de enfermería en pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria en el hospital Cayetano Heredia, Lima , 2011
9. Morales Torres, Modesta; Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente; España, 2004, En Tesis; Universidad Autónoma de Nuevo León. Buscador Google. Calidad de la Atención.
10. Ponce, Judith; Reyes, Hortensia y Ponce, Gandhi; Satisfacción laboral y Calidad de Atención de Enfermería en una unidad Médica de Alta Especialidad. México, 2002. Buscador Google. Calidad de Atención de Enfermería.
11. Cabrero J, Richard M, Reig A. Satisfacción del paciente hospitalizado y

BIBLIOGRAFIA

- 1 Brunner L.S. Brunner, (Manual de Enfermería Médico Quirúrgica) 6ta Edic. México, 1979.
- 2 Delgado, Aníbal, (Tratamiento Médico a Pacientes con Cáncer) México, 2009
- 3 Dugas, Beverly, (Tratado de Enfermería Práctica), 3ra Edición,
- 4 Editorial Interamericana, 2009
- 5 Estope, Jordi, (Enfermería y Cáncer) España, 2010
- 6 Johnson, Miriam (Análisis de las funciones de la Enfermera)
- 7 2008
- 8 Otto, Shirley, (Enfermería oncológica) 3ra Edición, España, 2010.
- 9 Pachas G. Eleonor, (Apoyo de la enfermera a Familiares de Pacientes con Cáncer) Lima, 1996

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	PÁG.
A. Consentimiento informado	I
B. Cuestionario	II
C. Matriz de consistencia	IV
D. Prueba binomial	VI
E. Determinación de la confiabilidad del instrumento	VII
F. Formula de tamaño de muestra	VIII
G. Sexo de pacientes que acuden a la unidad de oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015	IX
H. Edad de pacientes que acuden a la unidad de oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015	X
I. Número de hospitalizaciones de pacientes que acuden a la unidad de oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015	XI

ANEXO N° A

CONCENTIMIENTO INFORMADO.

Yo..... con DNI N°
....., de constancia que a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación de Título “Percepción De La Calidad De Atención De La Enfermera En Pacientes Que Acuden A La Unidad De Oncología Del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015”, habiendo sido informado del propósito del mismo así como de los objetivos y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de investigación en mención, le agradecemos su participación.

Lima, de 2017

.....

FIRMA

ANEXO Nº B

CUESTIONARIO

PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA, HMC

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

1. Edad (años cumplidos) -----
2. Sexo. Masculino () Femenino ()
3. Escolaridad (años) -----
4. Nª de hospitalizaciones: -----

II. INSTRUCCIONES:

Los ítems, que a continuación se describen tienen una puntuación de entre 1 y 5 puntos, por lo que se le solicita colocar una X según su valoración:(NO HAY RESPUESTA CORRECTA O INCORRECTA, SÓLO SE LE PIDE VERACIDAD, HONESTIDAD EN SUS RESPUESTAS)

ITEMS	PUNTUACIÓN
- Totalmente en desacuerdo	1
- Parcialmente de desacuerdo	2
- Parcialmente de acuerdo	3
- Totalmente de acuerdo.	4

III. CONTENIDO

	ENUNCIADOS	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	ESTRUCTURA: (DIMENSIÓN HUMANA) TRATO, amabilidad, interés, COMODIDAD, CONFORT.				
1	La enfermera se identifica al momento de su atención				
2	La enfermera lo escucha cuando usted necesita hablar				
3	La enfermera se muestra amable cuando usted solicita su atención				

4	Las enfermeras se preocupan por El arreglo y limpieza de mi ambiente				
5	Las enfermeras muestran interés por mi descanso y sueño				
6	Las enfermeras se preocupan por regular la luz y temperatura de mi habitación				
7	Las enfermeras supervisan o controlan el mantenimiento físico de mi habitación (albañilería, Gasfitería, mecánica fina, pintura)				
	PROCESO: (Dimensión técnica) INFORMACION,ORIENTACION, ACCESIBILIDAD,OPORTUNIDAD, CONTINUIDAD,				
8	La enfermera le orientó sobre la evolución de la enfermedad. Y alternativas para disminuir las molestias de los efectos secundarios,				
9	La enfermera le proporcionó, información sobre cambios en el patrón de actividad y/ o rutina diaria.				
10	La enfermera le orientó sobre cuidados de higiene, alimentación y descanso.				
11	Le enfermera le orientó sobre los trámites a seguir para su próxima cita.				
12	La enfermera le enseñó medidas de prevención de posibles complicaciones: enfermedades respiratorias, infección de las mucosas orales, y piel.				
13	La enfermera le explicó sobre los posibles efectos secundarios que se presentan posterior a la quimioterapia tales como; caída del cabello, náusea - vómito, Estreñimiento, diarrea, entre otros.				
14	La enfermera es accesible Cuando usted le solicita apoyo.				
15	La enfermera lo hace sentir seguro cuando le proporciona El cuidado.				
16	La enfermera se asegura que tenga la atención médica en el Momento preciso.				
17	La enfermera da seguimiento a sus necesidades en forma oportuna.				
	RESULTADOS(dimensión entorno) IMPACTO(seguridad, respeto, humanización cuidado, confianza, imagen)				
18	Me siento segura frente al cuidado que me ofrecen las enfermeras				
19	Siento gran respeto por el trabajo que realizan las enfermeras				
20	Las enfermeras me dan un trato humano				
21	Me siento confiada y segura frente a los procedimientos que me realizan las enfermeras				
22	Las enfermeras son profesionales bien preparadas en conocimientos teóricos y prácticos				

ANEXO N° C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema de investigación	Objetivos	Marco Teórico	Variables	Dimensiones	Indicadores	Valor final
<p>¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA ENFERMERA?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera en pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima-Perú 2015</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión Estructura. Determinar la percepción de la calidad de la atención de la enfermera según la dimensión proceso</p>	<p>ANTECEDENTES - Monchón Palacios, Paola Anahís; Montoya García, Jazmín Yumei en Chiclayo (2013) realizó un estudio sobre "Nivel de calidad del cuidado enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia, Hospital III-Essalud"</p> <p>- Universidad Nacional De Trujillo Facultad De Enfermería, Trabajo "De Calidad De La Atención En Salud Desde La Perspectiva Del Usuario Centro Materno "Santa Lucía" De Moche Esther Ramírez García Trujillo – Perú 2003</p> <p>- AIQUIPA Mendoza, Ana Cecilia en Lima, en el</p>	<p>Percepción de la calidad de atención de la Enfermera</p>	<p>ESTRUCTURA: (características Humanas)</p> <p>PROCESO® (características Técnicas)</p> <p>RESULTADOS: (Características Entorno)</p>	<p>Amabilidad, trato, confort. Interés, comodidad, confort.</p> <p>Información, orientación accesibilidad, oportunidad continuidad,</p> <p>Impacto (Seguridad, respeto, humanización cuidado, confianza, imagen)</p>	<p>Favorable</p> <p>Desfavorable</p>

	<p>Determinar la percepción de la calidad de atención de la enfermera según la dimensión Resultados</p>	<p>2003 realizó un estudio sobre "Calidad de atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Claudia Andrea Ramírez Perdomo en Colombia (2013) realizó un estudio titulado, "Evaluación De La Calidad Del Cuidado De Enfermería En La Unidad De Cuidados Intensivos" <p>BASE TEORICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Generalidades Sobre Calidad. - Calidad De Atención - Calidad En Enfermería. - Satisfacción Del Usuario - Percepción Usuario - Rol De La Enfermera 				
--	---	---	--	--	--	--

ANEXO N° D

GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUECES MEDIANTE LA PRUEBA BINOMIAL

Items	Jueces Expertos							p
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
2	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
3	0	0	0	0	0	1	0	0,0547
4	0	0	0	0	0	0	1	0,0547
5	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
6	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
7	0	0	0	0	0	0	0	0,0078
						Total		0,1484

Se ha realizado

0= si la respuesta es positiva

1= si la respuesta es negativa

$$P = 0,1484/7 = 0,0212$$

Si $p < 0,05$ el grado de concordancia es significativo, de acuerdo a los resultados obtenidos es significativo en lo concerniente a los ítems 1, 2, 4, 5, 6 y 7, debiendo realizarse ligeras modificaciones en los ítems 3 y 4, sin embargo el instrumento es válido según los jueces expertos $p = 0,0212$

ANEXO N° E
DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
MEDIANTE EL ALFA DE CRONBACH

N° Pac	Total										I21	I22											
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10			I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	
1	1	1	5	4	1	1	3	5	4	3	2	3	4	4	1	1	3	5	4	3	2	3	63
2	1	1	5	1	4	2	3	5	3	3	4	4	4	1	4	2	3	5	3	3	4	4	69
3	1	4	5	2	2	3	3	2	4	3	2	5	3	2	2	3	3	2	4	3	2	5	65
4	4	4	1	4	2	4	3	1	3	3	2	2	5	4	2	4	3	1	3	3	2	2	62
5	2	4	2	2	4	5	2	1	2	1	3	3	3	2	4	5	2	1	2	1	3	3	57
6	4	2	1	3	3	2	2	3	2	4	3	5	4	3	3	2	2	3	2	4	3	5	65
7	3	5	2	5	3	2	3	3	2	2	3	3	5	5	3	2	3	3	2	2	3	3	67
8	5	5	4	2	5	2	3	5	5	2	1	3	2	2	5	2	3	5	5	2	1	3	72
9	1	5	3	5	5	5	3	4	1	1	5	1	1	5	5	5	3	4	1	1	5	1	70
10	2	1	1	1	2	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	1	1	39
Vi	2.3	3.1	3.0	2.3	1.9	1.9	0.2	2.5	1.5	0.9	1.6	2.0	2.2	2.3	1.9	1.9	0.2	2.5	1.5	0.9	1.6	2.0	

$\alpha = 1,03(1 - 39/89,2) = 1,03(1 - 0,3472) = 1,03(0,5628) = 0,58$ $\alpha = 0,58 > 0,50$ El Instrumento tiene confiabilidad

ANEXO N° F

FORMULA DE TAMAÑO DE MUESTRA

$$n = \frac{(Z)^2 \times P \times Q \times N}{(N-1) E^2 + (Z)^2 \times P \times Q}$$

$$(N-1) E^2 + (Z)^2 \times P \times Q$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times (0.5) (0.5) (100)}{(99) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$(99) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5)(0.5)$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 100}{99 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$99 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 100}{0.2475 + 0.96}$$

$$0.2475 + 0.96$$

$$n = \frac{72}{1.2075}$$

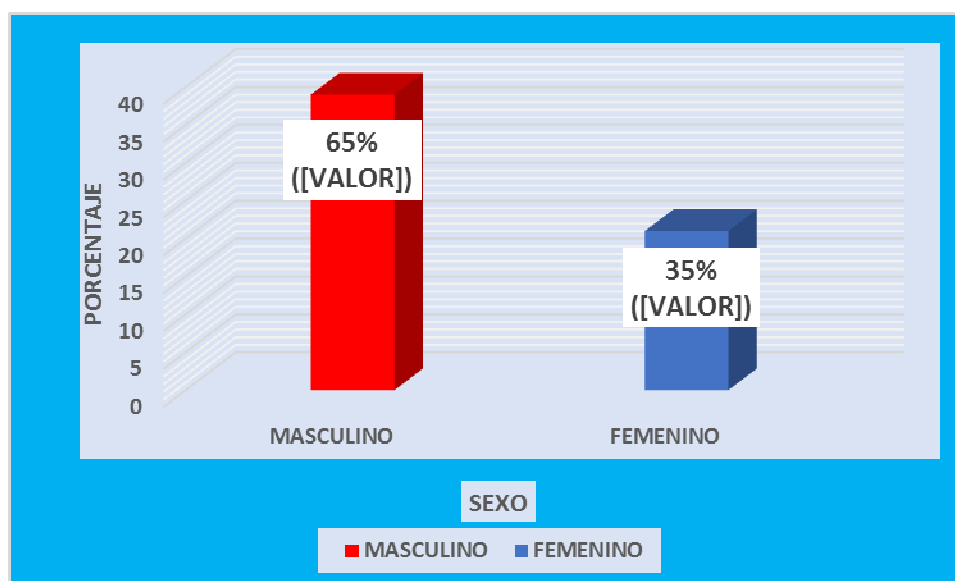
$$1.2075$$

$$n = 59.6 = 60$$

ANEXO N° G

GRAFICO 1

SEXO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ 2015

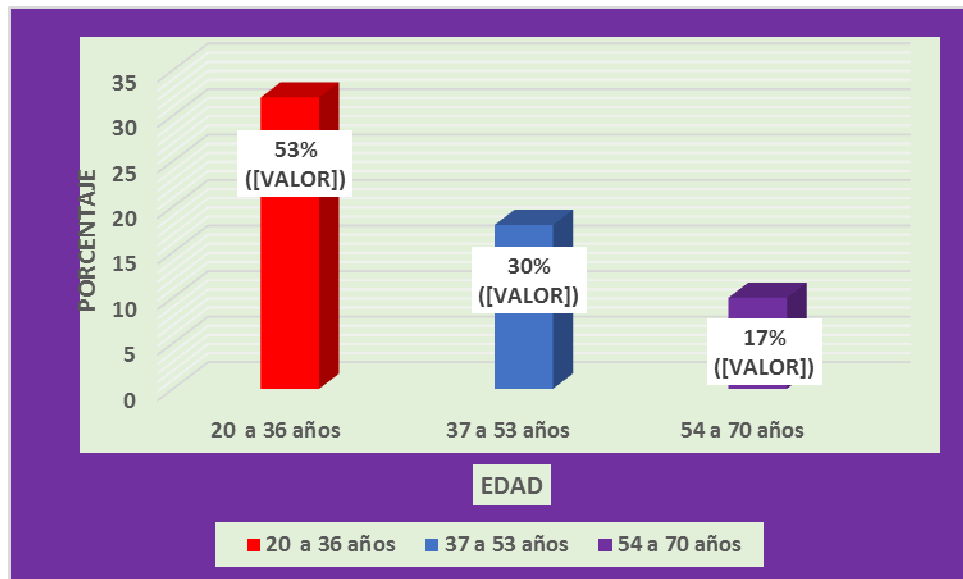


De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 1, el sexo de los pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es Masculino en un 65%(39) y Femenino en un 35%(21).

ANEXO H

GRAFICO 2

EDAD DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ 2015

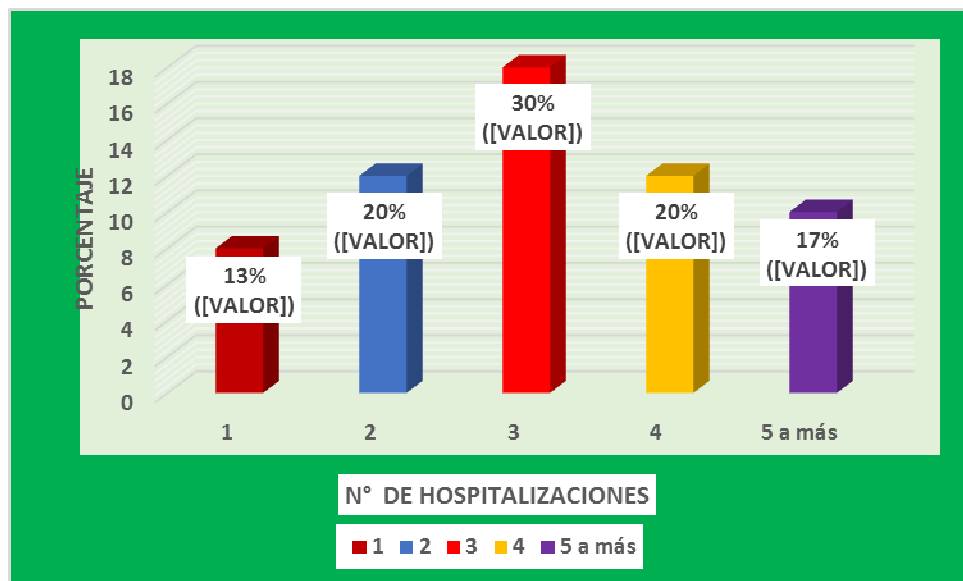


De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 2, la edad de los pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, de 20 a 36 años en un 53%(32), de 37 a 53 años en un 30%(18) y de 54 a 70 años en un 17%(10).

ANEXO I

GRAFICO 3

NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL LIMA-PERÚ 2015



De acuerdo a los resultados presentados en la Grafica 3, el número de hospitalizaciones de los pacientes que acuden a la Unidad de Oncología del Hospital Militar Central Lima, es 3 veces en un 30%(18), Dos y Cuatro veces en un 20%(12), 5 a más veces en un 17%(10) y Una sola vez en un 13%(8).