



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN EN MÉXICO,
D.F.: UN ESTUDIO BASADO EN LA OPINIÓN DEL PERSONAL
DE ENFERMERÍA Y DE LOS USUARIOS**

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE

***MAESTRO(A) EN ENFERMERÍA*
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO ENFERMERO**

P R E S E N T A

JEANNET MONSERRAT OCHOA CERVANTES

DIRECTOR(A) DE TESIS: DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

MÉXICO, D. F.

MAYO, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Carmen L. Balseiro por la asesoría recibida en Metodología de la Investigación, Estadística y Corrección de Estilo, que hizo posible la culminación exitosa de esta investigación.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por los aprendizajes obtenidos en la Maestría de Enfermería con énfasis en la Administración, de sus excelentes maestros.

Al Instituto Nacional de Rehabilitación, a las autoridades por las facilidades otorgadas para realizar los estudios de maestría y en especial al personal de enfermería de los diferentes turnos por haber facilitado la contestación de los cuestionarios y a los pacientes del mismo Instituto, por su entusiasta participación en la contestación de la encuesta.

DEDICATORIAS

A mis padres: Jorge Ochoa Sandoval y Eulalia Guadalupe Cervantes Ramírez por haber sembrado en mí los principios de la superación profesional que me han permitido culminar con éxito los estudios de Maestría.

A mis abuelitos: Anastasio Cervantes y Juana Ramírez, porque siempre me han apoyado en todos mis proyectos personales y profesionales brindándome su confianza y su amor en todas las etapas de mi vida.

A mis amigos (as): Alejandra López Perrusquia, Martha Ortega Meléndez, Guadalupe Ramos Jaimes, María Elena Fernández Jaimes y Celia Perrusquia por todo su apoyo y amistad en beneficio de mi desarrollo profesional.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	4
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	7
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.5 OBJETIVOS	9
1.5.1 General	9
1.5.2 Específicos	10
2. <u>MARCO TEÓRICO</u>	11
2.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	11
2.1.1 Conceptos básicos	11
- De calidad	11
- De calidad total	12
- De calidad en salud	13
- De calidad de la atención de enfermería	16

	Pág.
2.1.2 Antecedentes de la calidad	17
- En la historia	17
- En el sector industrial	17
- En la asistencia sanitaria	18
2.1.3 Teóricos de la calidad total	19
- Edwards Deming	19
- Joseph Jurán	20
- Philip Crosby	22
- Kaoru Ishikawa	22
2.1.4 La calidad en la salud	24
- Conceptos básicos	24
- Características de la calidad asistencial	25
○ Eficacia	25
○ Efectividad	25
○ Eficiencia	26
○ Optimización	26
○ Aceptabilidad	26
○ Accesibilidad	27
○ Equidad	27

	Pág.
2.1.5 Teóricos de la calidad en salud	27
- Avedis Donabedian y Vuori	27
- Lee y Jones	29
- Esselstyn	29
- Hare y Barnoon	30
2.1.6 Dimensiones de la calidad en salud	30
- La propuesta de Avedis Donabedian	30
o Dimensión de estructura	32
o Dimensión de proceso	33
o Dimensión de resultado	34
2.1.7 Principios de la asistencia sanitaria	34
- La beneficencia	35
- La no maleficencia	35
- La justicia	35
- La autonomía	36
- La asistencia al usuario	36
o Perfil profesional	37
o Dependencia jerárquica	37
o Perfil profesional	37
- La prestación del servicio de calidad	38
- La inversión	39

	Pág.
- Evaluación y mejora de la calidad	40
2.1.8 Organizaciones que acreditan la calidad en salud	41
- International Organization for Standardization (ISO)	41
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare	42
- American Nursing Association (ANA)	43
2.1.9 La calidad de los servicios con Florence Nightingale	43
- Antecedentes de la calidad con Florence Nightingale	43
- Normas de calidad de los servicios de enfermería	44
o De estructura	45
o De proceso	46
o De resultado	46
2.1.10 Evaluación y mejora de la calidad asistencial en enfermería	47
- El control de la calidad	47
- Los estándares o medidas de la calidad	48
- La medición de la calidad	49
o Recomendaciones	49
o Altas voluntarias	49

	Pág.
- Encuestas de opinión	50
- Auditoría en salud	51
2.11 Programa de garantía de la calidad en enfermería	52
- Planificación del programa	52
- Operación del programa	53
- Evaluación del programa	55
3. <u>METODOLOGÍA</u>	56
3.1 HIPÓTESIS	56
3.1.1 General	56
3.1.2 De trabajo	56
3.1.3 Nula	56
3.2 VARIABLES E INDICADORES	56
3.2.1 Dependiente	56
- Indicadores de la variable	57
3.2.2 Definición operacional	61
3.2.3 Modelo de relación de influencia de la variable	67
3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	68
3.3.1 Tipo	68
3.3.2 Diseño	69

	Pág.
3.3.3 Aspectos éticos	70
3.3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	71
3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS	72
3.4.1 Fichas de trabajo	72
3.4.2 Observación	72
3.4.3 Entrevista	72
3.4.4 Cuestionarios	73
4. <u>INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA</u>	74
4.1 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	74
4.2 PROCESAMIENTO DE DATOS	75
4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	148
4.3.1 Análisis Descriptivo	148
4.3.2 Análisis Inferencial	157
5. <u>DISCUSIÓN</u>	174
6. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	199
7.1 CONCLUSIONES	199
7.2 RECOMENDACIONES	203

	Pág.
7. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	210
8. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	278
10. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	290

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA No 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA OPINIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA.	148
TABLA No. 2: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA.	149
TABLA No. 3: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA OPINIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN DE PROCESO.....	150
TABLA No. 4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN DE PROCESO.....	152
TABLA No. 5: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA OPINIÓN DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN DE RESULTADO....	153
TABLA No. 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN DE RESULTADO....	154
TABLA No. 7: DIFERENCIAS DE ENFERMERÍA Y PACIENTES EN CUANTO A LA CALIDAD.....	155
TABLA No. 8: ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA Y LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.....	163
TABLA No. 9: ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE PROCESO Y LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.....	164

TABLA No 10:	ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE RESULTADO Y LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.....	166
--------------	---	-----

INDICE DE CUADROS

	Pág.
CUADRO No 1: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	75
CUADRO No. 2: DISTRIBUCIÓN DE LA CATEGORIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	77
CUADRO No. 3: DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	79
CUADRO No. 4: DISTRIBUCIÓN DEL TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	81
CUADRO No. 5: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACION DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	83
CUADRO No. 6: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	85

	Pág.
CUADRO No. 7: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	87
CUADRO No. 8: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	89
CUADRO No. 9: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESTA CAPACITADO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	91
CUADRO No.10: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	93
CUADRO No. 11: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE ROPA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	95

	Pág.
CUADRO No. 12: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	97
CUADRO No. 13: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN TORNO A SI EXISTEN MANUALES DE ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	99
CUADRO No. 14: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ESTIMULOS Y PREMIOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	101
CUADRO No.15: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE DESEMPEÑAN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	103
CUADRO No. 16: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	105

	Pág.
CUADRO No. 17: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LAS INTERVENCIONES DIARIAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	107
CUADRO No. 18: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	109
CUADRO No. 19: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	111
CUADRO No. 20: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL DOMINIO DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	113
CUADRO No. 21: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	115

CUADRO No. 22:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL DE ENFERMERA HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	117
CUADRO No. 23:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	119
CUADRO No. 24:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CALIDEZ DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	121
CUADRO No. 25:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE APOYO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	123
CUADRO No. 26:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE RESPETO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA LOS PACIENTE EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	125

CUADRO No. 27:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI ESTAN SATISFECHOS LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LES PROPORCIONA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	127
CUADRO No. 28:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	129
CUADRO No. 29:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI LOS PACIENTES RECIBEN OPORTUNOS DIAGNÓSTICOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	131
CUADRO No. 30:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI LOS TRATAMIENTOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS SON ADECUADOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	133
CUADRO No. 31:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE IATROGENIAS A LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	135

CUADRO No. 32:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL TRATO AMABLE QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	137
CUADRO No. 33:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ALTAS VOLUNTARIAS DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	139
CUADRO No. 34:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA RAPIDEZ DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	141
CUADRO No. 35:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	143
CUADRO No. 36:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CONFIANZA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	145

INDICE DE GRAFICAS

	Pág.
GRÁFICA No. 1: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	76
GRÁFICA No. 2: DISTRIBUCIÓN DE LA CATEGORIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	78
GRÁFICA No. 3: DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	80
GRÁFICA No. 4: DISTRIBUCIÓN DEL TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	82
GRÁFICA No. 5: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACION DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	84
GRÁFICA No. 6: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	86

GRÁFICA No. 7:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	88
GRÁFICA No. 8:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	90
GRÁFICA No. 9:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESTA CAPACITADO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	92
GRÁFICA No. 10:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	94
GRÁFICA No. 11:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE ROPA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	96

	Pág.
GRÁFICA No. 12: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	98
GRÁFICA No. 13: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN TORNO A SI EXISTEN MANUALES DE ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	100
GRÁFICA No. 14: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ESTIMULOS Y PREMIOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	102
GRÁFICA No. 15: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE SE DESEMPEÑAN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	104
GRÁFICA No. 16: DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	106

GRÁFICA No. 17:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LAS INTERVENCIONES DIARIAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	108
GRÁFICA No. 18:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	110
GRÁFICA No. 19:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	112
GRAFICA No. 20:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL DOMINIO DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	114
GRÁFICA No. 21:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN ENFERMERA PACIENTE EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	116

GRÁFICA No. 22:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL DE ENFERMERA HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	118
GRÁFICA No. 23:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	120
GRÁFICA No. 24:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CALIDEZ DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	122
GRÁFICA No. 25:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE APOYO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	124
GRÁFICA No. 26:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE RESPETO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	126

GRÁFICA No. 27:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI ESTAN SATISFECHOS LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LES PROPORCIONA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	128
GRÁFIC A No. 28:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	130
GRÁFICA No. 29:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI LOS PACIENTES RECIBEN OPORTUNOS DIAGNÓSTICOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	132
GRÁFICA No. 30:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI LOS TRATAMIENTOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS SON ADECUADOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	134
GRÁFICA No. 31:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE IATROGENIAS A LOS PACIENTES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	136

GRÁFICA No. 32:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL TRATO AMABLE QUE BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	138
GRÁFICA No. 33:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ALTAS VOLUNTARIAS DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	140
GRÁFICA No. 34:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA RAPIDEZ DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	142
GRÁFICA No. 35:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	144
GRÁFICA No. 36:	DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CONFIANZA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.....	146

	Pág.
GRÁFICA No. 37: ÍNDICES DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD POR ENFERMERAS Y PACIENTES.....	157
GRÁFICA No. 38: COMPARACIÓN DE ÍNDICES DE CALIDAD ENTRE ENFERMERAS Y PACIENTES.....	159
GRÁFICA No. 39: COMPARACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y LOS PACIENTES.....	160
GRÁFICA No. 40: COMPARATIVO DE LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA ENTRE ENFERMERAS Y PACIENTES.....	162
GRÁFICA No. 41: ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE PROCESO Y LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.....	165
GRÁFICA No. 42: ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE RESULTADO Y LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA.....	167

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene por objeto analizar la calidad de la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación, con base en la opinión del propio personal de enfermería y en los usuarios, que asisten a buscar atención médica a este Instituto, que está ubicado en Calzada México – Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe, en México, DF.

Esta investigación se desarrolló en nueve capítulos que a continuación se presentan: En el primer capítulo se da a conocer la fundamentación del tema de investigación que contiene los siguientes apartados: descripción de la situación problema, identificación del problema, ubicación del tema de estudio y objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se presenta el marco teórico de la variable Calidad de la atención de enfermería en donde se ubican los fundamentos teóricos metodológicos de los autores más connotados de la calidad, de la calidad total, de la calidad en salud y de la calidad en la atención en enfermería, a fin de sentar las bases de lo que constituye la calidad de la atención de enfermería. Parte importante de este Marco teórico lo constituye el marco referencial de la autora de esta investigación en cuanto a la experiencia y vivencia de la atención de la calidad de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Así, al conjuntar el marco

teórico conceptual de los autores, con el marco referencial de la experiencia en la calidad de los servicios de enfermería, se podrá tener una idea clara de lo que constituye la calidad de la atención de enfermería para mejorar los cuidados a los usuarios.

En el tercer capítulo se da a conocer la metodología en donde se presentan las hipótesis general, de trabajo y nula de la variable Calidad de la atención de enfermería con sus dimensiones de: estructura, proceso y resultados. A partir de estas dimensiones se ubican también los indicadores de la variable. En este capítulo se presenta la definición operacional de la variable calidad de la atención de enfermería para identificar claramente sus dimensiones y sus indicadores. Se ubica también el modelo de relación de influencia de la variable, el tipo y diseño de la investigación, y los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. También se incluye las técnicas e instrumentos de investigación utilizados entre los que se encuentran las fichas de trabajo, la observación, la entrevista y los cuestionarios.

En el cuarto capítulo se presenta la instrumentación estadística con el universo, la población y la muestra, el procesamiento de los datos el análisis e interpretación de los resultados y la comprobación de hipótesis.

Los últimos capítulos de esta investigación los constituyen: la discusión, las conclusiones y recomendaciones, los anexos y

apéndices, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que se encuentran ubicados en los capítulos: quinto, sexto, séptimo, octavo y noveno, respectivamente.

Es de esperarse que esta investigación evidencie claramente el estado que guarda la calidad de la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación con base en la opinión del propio personal en una forma de autoevaluación y de la evaluación que hacen los usuarios de los cuidados que les proporcionan las enfermeras.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El Instituto Nacional de Rehabilitación es una organización de salud de tercer nivel de atención conformada por tres instituciones de salud: el Instituto Nacional de Ortopedia, el Instituto de la Comunicación Humana y el Instituto Nacional de Rehabilitación. Así, el Instituto Nacional de Rehabilitación tiene como misión abatir la incidencia de la discapacidad de niños, jóvenes, adultos y de la tercera edad, ofreciendo a la población soluciones eficaces y concretas ante necesidades específicas. Para realizar la atención médica, quirúrgica y de rehabilitación, el Instituto cuenta con los factores humanos y la infraestructura de servicios: médicos, paramédicos, de diagnóstico y tratamiento, servicios administrativos y servicios generales, a fin de coadyuvar todos en brindar la más alta calidad de la atención a los pacientes.

Entre los servicios que ofrece el instituto destacan: cirugía pediátrica, cirugía de columna, cirugía de mano, atención médica a deformidades neuromusculares, tumores óseos, infecciones óseas, traumatología, reconstrucción articular, lesionados medulares, evento vascular cerebral, rehabilitación pediátrica, otorrinolaringología y oftalmología, entre otros. El personal de enfermería destaca y tiene como responsabilidad brindar la atención directa los 365 días del año para lograr la atención integral de los

pacientes y su satisfacción plena. En esta misión los grupos de enfermería coordinan la atención a los pacientes a través de relaciones interpersonales, desempeñando una labor de carácter técnico, administrativo, docente y de administración para planear, organizar, dirigir y controlar el trabajo a favor de la atención de los pacientes y satisfacer sus necesidades prioritarias de salud.

En la atención que presta el personal de enfermería a los pacientes se han observado dos niveles de resultados: por un lado los pacientes durante su estancia en el hospital están contentos y satisfechos por la atención recibida y los servicios otorgados en cuanto a: los medicamentos, espacios físicos, la ropa, los alimentos, la relación enfermera paciente, la información que brinda la enfermera, la calidez de la atención. Por otro lado, a través de las pláticas con los pacientes se ha podido observar que hay pacientes insatisfechos o inconformes con la atención recibida ya que existen quejas de diversos tipos que involucran al personal de enfermería. Estas quejas están orientadas a los siguientes aspectos: falta de medicamentos, tardanza en la aplicación de los mismos, escases en la dotación de la ropa, disgusto por el consumo de alimentos, falta de espacios en la distribución física del hospital, falta de calidez en la atención de enfermería, falta de información de los procedimientos que se realizan a los pacientes, falta de dominio de los procedimientos y técnicas que realiza el personal de enfermería, falta de respeto de algunas enfermeras para los pacientes, insatisfacción por la falta de diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados, presencia de iatrogenias, falta de rapidez en la

atención y prolongación de los días de estancia hospitalaria, entre otros.

Ante todas estas inquietudes de los pacientes, se puede pensar que aunque las enfermeras del Instituto Nacional de Rehabilitación son competentes y ofrecen buenos niveles de resultados, no ha habido en el Instituto un ejercicio de evaluación de la calidad de la atención de enfermería que permita asegurar que las enfermeras están ofreciendo calidad de la atención a los usuarios y que satisfacen cabalmente sus necesidades de salud.

Por lo anterior, en esta investigación se evaluó de manera integral la atención de la calidad de la atención de enfermería a través de la autoevaluación del propio personal de enfermería, para poder medir si su trabajo con los pacientes es de calidad. De igual forma, esta evaluación incluyó también a los usuarios, para que sean ellos quienes evalúen la actuación profesional de las enfermeras identificando las deficiencias, su desempeño y los servicios que prestan. Entonces, al obtener los dos resultados: enfermeras y pacientes, se podrá valorar no solo la eficacia como impacto técnico, no solo la efectividad como impacto social, sino también la eficiencia como impacto económico, buscando siempre la satisfacción integral de los usuarios, elevar el nivel de salud de la población y asegurar la calidad de la atención.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta eje de esta investigación es la siguiente:

¿Cuál es la calidad de la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F., con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios?

1.3 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema que se estudió en esta investigación se ubica en dos disciplinas: Administración y Enfermería.

Se ubica en administración porque la variable calidad de la atención tiene que ver con todas las funciones, características y comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que permite satisfacer las necesidades de los consumidores. Esta apreciación involucra términos de eficacia, efectividad y eficiencia administrativa por lo que es una variable que se estudia en todo el proceso administrativo.

Se ubica en enfermería porque las enfermeras, como profesionales de la salud, están involucradas no solo en los procesos de atención de los paciente, sino también en el proceso de evaluación y mejora

continua institucional y son recursos humanos indispensables, cuya participación es tan importante que gracias a ellas pueden cumplirse los objetivos de la calidad institucional garantizando el mínimo de daños en la atención a la salud y la satisfacción plena de los usuarios.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La calidad de la atención hoy por hoy es una prioridad en todas las instituciones del sector salud y la evaluación de la calidad es un procedimiento cotidiano en todos los sectores empresariales principalmente en el área de salud. Ejemplo de ello es la búsqueda de la certificación de los hospitales por la Joint Commission, la International Organization for Standardization (ISO), el Premio Nacional de Calidad, etc., necesarios para favorecer el proceso de mejora continua y garantizar la calidad de la atención de los servicios de salud.

Por lo anterior, la presente investigación se justifica por varias razones: en primer lugar se justifica porque en el Instituto Nacional de Rehabilitación desde el inicio del programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en 2000, se ha buscado evaluar la calidad en todos los sectores institucionales, por lo que se hace indispensable identificar la calidad de la atención de enfermería medida vía la opinión del personal y la perspectiva de los usuarios, para favorecer los procesos de mejora continua y

garantizar la calidad de la atención por parte de las enfermeras del Instituto.

En segundo lugar, porque al preguntar a los usuarios por los cuidados que les son prodigados por parte del personal de enfermería, se podrá diagnosticar integralmente al grupo de enfermería y permita evaluar su desempeño, desde la mirada de los pacientes.

Con ello, se podrá dar seguimiento al Programa de la Cruzada Nacional para la Calidad a fin de reconocer los esfuerzos y estrategias de las enfermeras para ofrecer la calidad de la atención y reconocer también las posibles desviaciones y errores en la ejecución de las actividades, para corregirlas, mejorar los resultados de su actuación y mejorar la calidad de los servicios que prestan.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

- Analizar la calidad de la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación, con base en la opinión del personal de enfermería y de los usuarios.

1.5.2 Específicos

- Identificar los logros y posibles desviaciones que tiene la actuación del personal de enfermería en las dimensiones de la calidad: estructura, proceso y resultados, con base a la opinión de los usuarios y del propio personal de enfermería

- Proponer diversas medidas que permitan mejorar la calidad de la atención de enfermería y satisfacción de los usuarios, en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

2.1.1 Conceptos básicos

- De calidad

Para Martín Gómez y Hernán Maldonado la calidad es la opción de acreditación de un trabajo, desde un punto de vista legal, como cumplidor de una expectativa. Es decir: *el cumplimiento demostrado de una promesa*. Así, si se dice que un proceso laboral es de calidad, en realidad se dice que dicho proceso ajusta a la demanda de perfección pactada para el mismo previamente.¹ Por otra parte para Passarello la calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer necesidades. En esta definición se puede diferenciar el objeto de la calidad del instrumento de medición que se utilice. La estadística en el control de la calidad, para ser una herramienta auxiliar en la producción de la calidad total. La calidad total de un producto o servicio no se puede alcanzar al aplicar controles que se efectúen sobre el mismo para medirla. Entonces, la calidad debe ser introducida en el servicio como un valor agregado. En definitiva la calidad (Ver Anexo No. 1: Definiciones entre calidad y garantía de la calidad)²

¹ José Manuel Martín Gómez y Francisco Hernán Maldonado. *El Hospital empresa y la sanidad asistencial: calidad y rentabilidad*. Ed. Díaz Santos. Madrid, 2007. p. 234.

² E. Passarello Estado en Maritza de la Caridad Sara Rosales y Cols. *Programa de mejora continua de la calidad de la atención*

Así, para Malagón Londoño y Galán Mozera muchas definiciones de calidad se han producido en los últimos años. Desde la interpretación vigente por mucho tiempo de que era “la conformidad con las especificaciones”, que por supuesto no consideraba la respuesta a las necesidades del usuario, se acogió la de que era “la satisfacción de las expectativas del cliente”. Price la planteó como “el grado de armonía entre la expectativa y la realidad” o “dar al cliente lo que desea hoy, a un precio que le agrada pagar, a un costo que pueda soportar y darle aún algo mejor mañana”. La International Organization for Standardization (ISO) 8402 la define: “La totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades”. ICONTEC en la norma 1892, la toma como “un conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas”.³ (Ver Anexo No. 2: Expresiones sobre la calidad según autores).

- De calidad total

Para Gilmore y Cols. La calidad total es un sistema estratégico, integrado para lograr la satisfacción del paciente, que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para

estomatológica y la satisfacción de la población y los partidos. Documento impreso. La Habana, 2002. p. 5.

³ Gustavo Malagón Londoño y Ricardo Galán Mozera. Garantía de calidad en salud. Ed. Panamericana. México, 2001. p. 18.

mejorar continuamente los procesos de una organización.⁴ Así, para Hernán Maldonado la calidad puede conceptuarse, en su desarrollo como una opción de evaluación final o como una forma de evaluación continuada (durante el proceso y a su terminación). En el primer caso se habla de *garantía de calidad*, en el segundo caso, de *calidad total*.⁵ Es decir, que la calidad no se puede medir sin un referente. Es así que si se dice que algo es de calidad, se debe pensar que con respecto a un patrón ideal en que estamos pensando. Competir es lo que va a determinar el tipo de calidad que la empresa busca.

- De calidad en salud

Para Temes Montes y Mengibar Torres el concepto de calidad hospitalaria admite distintos enfoques. En este enfoque se ha optado por prescindir de aspectos excesivamente teóricos para centrarse en aquellos aspectos clave que toda organización hospitalaria debería contemplar y ofrecer un servicio de “calidad con una elevada probabilidad” y que abarcan políticas, normas, procedimientos y evidencia de una práctica uniforme. Para ello se exponen algunos ejemplos tomados de la propia experiencia.⁶

⁴C.M. Gilmore y Cols. Citado en Maritza de la Caridad Sosa Rosales op. cit. p. 5.

⁵José Manuel Martín Gómez y Francisco Hernán Maldonado. op.cit. p. 231.

⁶José Luis Temes Montes y Mercedes Mengibar Torres. *Gestión hospitalaria*. Ed. McGraw-Hill. Interamericana. 4ª ed. México, 2007. p. 509.

De todas las definiciones de “calidad en la atención sanitaria”, se ha seleccionado la que propone la *Joint Commission on Accreditation*: “Es la medida en que los servicios de asistencia al paciente **aumentan la probabilidad** de alcanzar los **resultados esperados** para el paciente, de acuerdo con el estado **actual del conocimiento**”. (Ver Anexo No. 3: Componentes esenciales de un Programa de Calidad Hospitalaria).

Entonces, para que una organización pueda ofrecer una atención de calidad, es muy importante que ésta pueda ser evaluada externamente, sobre todo ante terceros, como son los usuarios, el público en general y las compañías de financiación de la asistencia, pero también ante la propia organización y los profesionales del centro. Así, algunas organizaciones internacionales han elaborado normas y estándares de acreditación, que permiten evaluar externamente la calidad de una organización hospitalaria, confrontándola con los modelos de estas organizaciones.⁷

Así, la calidad de la atención de salud consiste en el grado en el cual incrementa la promesa de los servicios de salud deseados y se relacionan con el grado de conocimiento profesional actual.⁸

Entonces, para Donabedian la calidad en salud debe definirse como: el grado en el que los medios más deseables se utilizan para

⁷Id.

⁸Instituto de Medicina de los Estados Unidos. En Maritza de la Caridad Sosa y Cols. op. cit. p. 6.

alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud. Así, las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que, frecuentemente, resulta difícil de conocer en donde se juzgan las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención del paciente.⁹

Para los profesionales de salud la calidad de la atención médica se fundamentará en un diagnóstico adecuado para cada paciente, disponiendo para ello de los mejores y menos molestos métodos y como consecuencia, la administración de un tratamiento idóneo para restablecer, en lo posible, la salud. Montiel considera que la calidad se determina también por la accesibilidad de los servicios, la continuidad y la satisfacción de los pacientes.¹⁰ En tal sentido la calidad de la atención se define como: el “grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”. Implícito en las diversas definiciones se encuentran los objetivos de la calidad de la atención en nuestro país como: el buen desempeño profesional, el uso eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños a lograr la satisfacción del paciente y los familiares.¹¹

⁹Id.

¹⁰Ma. Teresa Trincado Agudo y Emilio Fernández Caballero. *Calidad en enfermería*. En la Revista Cubana de enfermería. Enero-abril. Habana de Cuba, 1995. p. 2.

¹¹Id.

- De calidad de la atención de enfermería

Para Balderas Pedroso, si se admite que la calidad es una cultura, una filosofía y una forma de ser y hacer, lleva implícita la necesidad de perfeccionar la forma personal de trabajar. La motivación principal de la calidad total es crear un valor agregado en la labor de la enfermera, para satisfacer a los clientes y usuarios con relación a los productos y servicios, el valor es la percepción que tiene el cliente acerca del grado en que la empresa o institución a la cual demanda un producto o servicio satisface sus necesidades.¹²

En enfermería la calidad es una necesidad que aumenta y es cada vez más importante. Quienes laboran en los campos hospitalarios o sanitarios habrán sido testigos de lo que produce un servicio médico o de enfermería sin la característica de la calidad y habrán visto infinidad de errores en la prestación del servicio debido a descuido, negligencia o cansancio. Algunos habrán sufrido en carne propia el dolor de recibir una atención deficiente y se habrán sentido impotentes para evitar tales acciones, pese a lo anterior, ahora es el momento de aprovechar una tendencia mundial de romper paradigmas obsoletos, es el momento de decidir que tipo de enfermera se quiere ser.

¹²Ma. de la Luz Balderas Pedroso. *Administración de los servicios de enfermería*. Ed. Mc-Graw Hill. 4ª ed. México, 2005. p. 110.

2.1.2 Antecedentes de la calidad

- En la historia

Para Ayuso Murillo y Grande el concepto de calidad ha ido variando a lo largo del tiempo. Un primer referente es la inspección de calidad, término usado para referirse a las acciones prácticas para comprobar (inspeccionar) posibles defectos al final del proceso de una cadena de montaje. Esta acción de inspección facilitaba la detección de fallos en la producción pero no hacía que el producto fuera mejor, ni que se evitaran los errores de producción, tan solo se impedía que productos defectuosos estuvieran en circulación.¹³ Precisamente con la idea de mejorar la producción se abrió paso a una nueva forma de abordar la calidad: control estadístico de la calidad.

- En el sector industrial

En la industria se abrió paso al denominado aseguramiento de la calidad, conforme al cual se construía un sistema interno de calidad en el que la dirección de la organización estaba completamente implicada y se buscaba motivar a las personas para que se ofreciera un producto cada vez mejor. Las ideas, sus propuestas, su experiencia, se buscaban para ir ofreciendo un producto que fuera cada vez mejor y con menores costes de producción. El auge del sector servicios tuvo, en esta fase, una enorme importancia y aunque se seguía hablando de la calidad de los productos, cada

¹³Diego Ayuso Murillo y Rodolfo F. Grande Sellera. *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Ed. Díaz Santos. Madrid, 2006. p. 528.

vez más interesó desarrollar métodos para garantizar la calidad de los servicios.¹⁴

Entonces, las personas, los agentes que prestan los servicios, eran clave y desempeñan un papel crucial para asegurar la calidad. Pero el cliente o el usuario de los servicios cambian sus necesidades no son siempre las mismas y las posibilidades de satisfacerlas tampoco. Por ello, cada vez es más evidente que se debe conocer mejor cuáles son esas necesidades y expectativas que tienen los destinatarios de nuestro trabajo. Así, el concepto de calidad total, precisamente, resalta la importancia de conocer a ese destinatario, de adecuarse a sus necesidades, de que la garantía de la calidad y la mejora continua afecten al conjunto de las actividades que se realizan para satisfacer esas necesidades y que, lógicamente, se beneficie del trabajo conjunto de las personas implicadas en la producción.¹⁵

- En la asistencia sanitaria

En el caso de la asistencia sanitaria el concepto de calidad asistencial tiene un primer antecedente, en el año 2000 a.C. en el Código de Hammurabi, donde se regulaba la atención médica y en el que se incluían las multas que los facultativos debían pagar por los malos resultados de sus cuidados. Otros antecedentes se encuentran en el antiguo Egipto (con estándares de práctica médica de unos 4000 años), en el 1000 a.C. en China (regulando las

¹⁴Ibid p. 529.

¹⁵Id.

competencias profesionales), o en el tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a.C., donde se recogen las primeras bases éticas y legales del obligado cumplimiento para los médicos y que aún hoy siguen vigentes. Aunque, sin duda, son los trabajos de Fahr, Nigtinghale y A. Codman los que marcan el nacimiento formal de la calidad asistencial.¹⁶ Así, la calidad asistencial debe a Donabedian su desarrollo en los términos en los que hoy día la conocemos. Este autor, en 1966 describió los estudios sobre evaluación de la calidad asistencial en términos de la estructura, el proceso y los resultados, clasificación de plena vigencia hoy día.¹⁷

2.1.3 Teóricos de la calidad total

- Edward Deming

Según Malagón Londoño y Galán Mozera, W. Edwards Deming, conocido ampliamente por sus contribuciones a la calidad y economía japonesa y quien delineó los conceptos internacionalmente acogidos en la actualidad sobre control, fue realmente uno de los grandes pioneros del mejoramiento de calidad y la calidad total, en relación con el control, éste se basaba sobre el concepto de enfocar todos los esfuerzos a la prevención del error y no a la detección y corrección de éste, frente a los altos costos que esto último significaba.¹⁸ (Ver Anexo No. 4: Principios de Edward Deming).

¹⁶Id.

¹⁷Ibid p. 530.

¹⁸Gustavo Malagón Londoño y Ricardo Galán Mozera. op. cit. p. 24.

Las gráficas de Deming se convirtieron en decálogo de la economía japonesa con todos los beneficios conocidos. Algunas de ellas reflejan lo que sería una ideal reacción en cadena para cualquier empresa que esté comprometida en el propósito de la calidad.¹⁹ La parte más positiva de los planteamientos de Deming, es el enfoque hacia la prevención del error para lo cual debe volcarse todo esfuerzo. Si bien es cierto que el permanente control y la auditoría llevan a la detección de errores, éstos a un alto costo, deben corregirse de inmediato, para no exponerse a perder valioso terreno ganado o a llegar al desprestigio de la empresa, lo cual podría equivaler a la desaparición de la misma. Esta concepción, abrió campo al control estadístico de procesos que desde mediados de siglo se aplicó con efectividad en el Japón y rápidamente se proyectó a los Estados Unidos, como un imperativo para las empresas de producción de bienes y servicios competitivos.²⁰

- Joseph Juran

Joseph Juran, de la misma época de Deming, planteó el concepto de la trilogía de calidad, basado en tres procesos: Planeación de la calidad, Control de la calidad y Mejoramiento de la calidad.²¹

La planeación de la calidad implica un ejercicio de ingeniería con compromiso de todos los componentes generales de la

¹⁹ Id.

²⁰ Id.

²¹ Id.

organización. Por error muchas empresas consideran que la calidad es el producto de la planeación general, cuando en realidad ésta es solamente uno de los factores determinantes, se ha comprobado que a pesar de una buena planeación general, la calidad de productos o servicios es mala, porque dentro del programa no se incorporó específicamente la planeación de la calidad como una actividad independiente digna de un diseño, de una preparación y un proceso cuidadoso y activo.²²

Tan importante como la planeación de la calidad, es el **control**, que al vigilar que se cumplan los parámetros o normas de calidad, evita que se debiliten con recomendaciones o sugerencias constantes que deben ser aplicadas de inmediato. El control no está constituido simplemente por un ente u oficina de fiscalización; es mucho más que esto, es una organización permanente y especializada que ve constantemente todos los desarrollos y desempeños de la empresa y a la vez que alerta sobre incumplimientos de normas, omisiones o fallas; produce recomendaciones correctivas inmediatas, evaluando constantemente el desarrollo del proceso y como organismo activo y efectivo, logra que en el menor tiempo aún en todos los esfuerzos para subsanar en forma definitiva las fallas observadas.²³

²² Id.

²³ Id.

- Philip Crosby

Philip Crosby es un importante consultor de calidad en Estados Unidos que ha promovido mucho una filosofía de calidad en las empresas. Las aportaciones que ha hecho al modelo de calidad son muy interesantes y su afirmación de que “calidad es hacer las cosas bien desde el principio” es famosa y muy criticada. El significado de dicha frase es que las empresas gastan más cuando existe mala calidad y puede evitarse.

Los principios de Crosby son: cumplir con los requisitos de calidad, la prevención constituye el sistema para obtener calidad, el estándar de desempeño es cero defectos y el sistema de medición se orienta a los costos de la calidad y los costos de no cumplir con los requisitos exigidos por el cliente.²⁴

- Kaoru Ishikawa

Kaoru Ishikawa destacó cuán importante resulta aplicar la estadística para revolucionar la filosofía administrativa hacia un objetivo de calidad. No sólo se limitó a difundir la necesidad de la calidad, sino que expresó la necesidad de aplicar el control de calidad en todas las actividades de la empresa, lo cual constituye el control total de la calidad. De hecho, según Ishikawa los objetivos del control de calidad son muy amplios, ya que se trata de: mejorar la productividad, mejorar la calidad, dividir los beneficios entre todos

²⁴Ma. de la Luz Balderas Pedrero. op. cit. p. 115.

los miembros de la organización y mejorar el nivel de vida de las personas.²⁵

De igual manera, Ishikawa, a quien se le considera el pionero de los “círculos de calidad”, señala que en Japón el control total de calidad tiene un sentido humanista que se define por las siguientes características: se aplica en toda la organización, se proporciona educación y entrenamiento para una cultura de la calidad, se integran los círculos de calidad con apoyo total, se aplican auditorías para el control de la calidad, se aplican métodos y herramientas de la estadística y se promueven actividades de control de calidad a nivel nacional.

Así, la filosofía de Ishikawa sobre la administración establece: que ante toda calidad, el consumidor dice cuál es la calidad, habla con hechos y datos, se respeta al trabajador y se cuenta con una organización funcional.²⁶

²⁵Ma. de la Luz Balderas Pedrero. op. cit. p. 114.

²⁶Id.

2.1.4 La calidad en salud

– Conceptos básicos

Para Ayuso Murillo y Grande Sellera, la calidad asistencial es un compendio de las mejores prácticas, uso eficiente de los recursos y conseguir un grado de satisfacción del paciente con la asistencia recibida. La calidad asistencial cabría definirla en términos del:

- Desarrollo de un proceso clínico estandarizado y como consecuencia, un resultado óptimo de la asistencia (para lo que juegan un papel destacado los estudios sobre la eficacia comparada de los tratamientos, los estudios epidemiológicos multicéntricos, los ensayos clínicos, etc.).
- Uso eficiente de los recursos empleados en cada caso (basado en una planificación de los recursos y una gestión adecuada de los mismos).
- Mínimo riesgo para el paciente en cuanto a iatrogenia y efectos secundarios de los tratamientos practicados.
- Que el paciente considere que el tratamiento ha sido útil en su caso para mantener o incrementar su calidad de vida.
- Lograr un nivel de satisfacción del paciente con los cuidados que recibe.²⁷

²⁷Diego Ayuso Murillo y Rodolfo F. Grande S. op. cit. p. 530.

– Características de la calidad asistencial.

Para Temes Montes y Mengibar Torres las características de la calidad asistencial son:

- Eficacia

La eficacia es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones favorables o ideales y circunstancias inalterables. Implica la validez universal, que es la probabilidad de que un individuo se beneficie de una tecnología médica aplicada bajo circunstancias ideales de actuación.²⁸

- Efectividad

La efectividad es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones reales de la práctica cotidiana. Es un proceso observado. Ejemplo: efectividad de un programa de control de la hipertensión arterial con el fármaco “X” teniendo en cuenta una serie de variables.

Fármaco “X” para HTA eficaz	76%
Precisión diagnóstica	95%
Prescripción correcta	65%
Cumplimiento del paciente	65%
Cobertura del programa	65%

²⁸José Luis Temes Montes y Mercedes Mengibar Torres. op. cit. p. 611.

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{(beneficio alcanzado)}}{\text{1x1x1x1x1 (beneficio alcanzable)}} \times 100$$

Efectividad del programa: 28%²⁹

- Eficiencia

La eficiencia es el coste que representa cualquier mejora de salud. Si existen dos estrategias asistenciales igual de efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

- Optimización

La optimización (calidad óptima) es aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Implica la adecuación del esfuerzo para conseguir la calidad máxima alcanzable atendiendo a las circunstancias.

- Aceptabilidad

La aceptabilidad es el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la atención sanitaria. Implica relación médico-enfermo, confort, preferencias del paciente sobre los efectos de la atención y preferencias del paciente sobre los costes de la atención.³⁰

²⁹ Id.

³⁰ Id.

- Accesibilidad

La accesibilidad es la facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras: económicas, organizativas, culturales.

- Equidad

La equidad es el principio por el que se determina que es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de la población, lo que los individuos consideran justo, lo que la sociedad considera justo, distribución del acceso a la atención y es un compromiso moral y legitimidad.³¹ Así, la legitimidad es la aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o de la sociedad en general.³²(Ver Anexo No. 5: Standard para medir la calidad de un servicio).

2.1.5 Teóricas de la calidad en salud

– Avedis Donabedian

Varo, Donabedian y Vouri proponen tres puntos de vista diferentes, con objeto de definir la atención médica de calidad en función de los elementos que la integran (aspectos científico-técnicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costos y riesgos, y beneficios) y quién la define.³³ (Ver

³¹ Id.

³² Id.

³³ Jaime Varo. *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1994. p. 60.

Anexo No. 6: Dimensiones de la según la teoría de Avedis Donabedian).

Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente, teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la atención médica de calidad se definiría como: el tratamiento que alcanzará el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos. Cuando desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos y los beneficios y riesgos que comporta la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a participar activamente en la toma de decisiones, a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario.³⁴

Desde un punto de vista social, en la definición de la calidad de la asistencia médica intervendrían los mismos factores que al definirla desde la perspectiva individual, pero las cantidades variarían. Habría que considerar un nuevo criterio, el beneficio o la utilidad netos para toda una población: contemplar el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar que se produzcan los bienes y servicios más valorados por la sociedad al menor costo social.

³⁴Id.

– Lee y Jones

Lee y Jones definieron la buena asistencia médica como la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población. Subrayaron la importancia de las acciones preventivas, la colaboración y la relación interpersonal entre los profesionales sanitarios y los pacientes y la coordinación con el trabajo de bienestar social y con todas las clases de servicio médico.³⁵

Estos autores introducen conceptos, en su definición de la calidad de la asistencia sanitaria, presentes en la definición genérica de la calidad de los servicios, tales como la conformidad interna, la prevención y la participación de los consumidores en la producción del servicio.

– Esselstyn

Esselstyn propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático.³⁶

³⁵Ibid p. 59.

³⁶Id.

En esta definición se contemplan nuevos conceptos: la *disponibilidad*, que subraya el carácter de servicio de la asistencia médica -los usuarios de servicios no compran la propiedad sino el uso-, *la aceptabilidad o satisfacción del cliente y el registro de la asistencia* prestada.

– Hare y Barnoon

Hare y Barnoon han formulado una definición de la calidad asistencial que ha sido aceptada por la *American Society of Internal Medicine*. Según estos autores, la asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada, a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente.³⁷

Dos nuevos conceptos se incluyen en esta definición: *la calidad del diseño*, en función de las necesidades del paciente y *la eficiencia de la prestación*, es decir, el uso adecuado de los recursos con relación a los beneficios que se pretenden obtener.

2.1.6 Dimensiones de la calidad en salud

- La propuesta de Avedis Donabedian

Para Ayuso Murillo y Grande Seller, Donabedian optó por describir la calidad asistencial basándose en sus tres componentes:

³⁷Id.

científico-teórico, interpersonal y de entorno. (Ver Anexo No. 6: Biografía de Avedis Donabedian)

El científico-técnico se refiere a la calidad real que el paciente recibe tras un diagnóstico o un tratamiento. La calidad técnica es difícil de juzgar por el propio paciente, de hecho le resulta casi imposible. No obstante, puede ser juzgada por el juicio de otros profesionales.³⁸ (Ver Anexo No. 7: Dimensiones de la calidad según Donabedian).

El componente interpersonal incluye lo que se denomina calidad funcional y hace referencia a la forma en que se presta la asistencia sanitaria. Es en este caso el paciente es quien juzga si el trato, explicaciones, etc., son satisfactorios.

Por último, el componente de entorno de la calidad asistencial se ha relacionado con el confort, las condiciones de accesibilidad, etc., al igual que los dos anteriores, afecta a la imagen percibida por pacientes, familiares y sociedad de los centros y profesionales y, obviamente, condiciona las valoraciones de la calidad que realizan los pacientes (calidad corporativa).³⁹ (Ver Anexo No. 8: Modelo de evaluación de la calidad según la teoría de Avedis Donabedian).

³⁸Diego Ayuso Murillo y Rodolfo F. Grande Seller. op. cit. P. 534

³⁹Id.

De acuerdo con estos tres componentes, Donabedian sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de estructura, proceso y resultados, marcando la evolución conceptual y metodológica de la gestión de la calidad en el sector sanitario. Este modelo es compatible con la aplicación de modelos de mejora continua, razón por la que servirá de hilo conductor para describir posibles técnicas y métodos con que asegurar y mejorar la calidad de la asistencia que prestan los profesionales sanitarios, en cualquier organización, pública o privada.

- Dimensión de estructura

La estructura comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional; así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los hospitales, el origen de la financiación, la organización formal e informal de la prestación de los servicios, el sistema retributivo y la organización formal del personal sanitario.⁴⁰

El valor de la estructura para asegurar la calidad puede ser interpretado de dos formas diferentes: primero, puede entenderse que para prestar un determinado nivel de calidad se precisan unos recursos mínimos, y segundo, que a partir de unos recursos

⁴⁰Diego Ayuso Murillo y Rodolfo F. Grande Sellera. op. cit. p. 536.

conocidos cabe esperar un determinado nivel de calidad en la prestación sanitaria.

- Dimensión de proceso

Un buen resultado se alcanzará en la medida que se le aplica al paciente un proceso basado en evidencias científicas. La lógica es sencilla: debe “hacerse lo correcto”, y debe “hacerse bien”.⁴¹

Por proceso se entiende el “conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada, para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido”. En otras palabras, un proceso es la sucesión de pasos y decisiones que se siguen para realizar una determinada actividad. En el caso de un proceso asistencial es la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente.⁴²

La definición y difusión de protocolos, guías de práctica clínica y vías clínicas, elaborados basándose en la mejor evidencia disponible y que minimizan los riesgos de decisiones inadecuadas y las variaciones debidas de estilos de práctica peculiares, constituyen una de las formas tradicionales de abordar el aseguramiento de la calidad en los centros sanitarios.

⁴¹Diego Ayuso y Murillo y Rodolfo F. Grande Sellera. op. cit. p. 538.

⁴²Diego Ayuso y Murillo y Rodolfo F. Grande Sellera. op. cit. p. 539.

- Dimensión de resultado

Es importante poder medir los resultados. En calidad se trabaja sobre la base de datos y hechos, no de impresiones o creencias. La única forma de saber si estamos mejorando y por tanto de aplicar un ciclo de mejora, es disponer de la información sobre cómo estamos y sobre cómo evolucionamos. Normalmente se trabaja basándose en criterios definidos que se considera que es una práctica de calidad, estándares (metas que se debe alcanzar, o dicho de otra forma, hasta dónde debemos llegar para afirmar que se está haciendo razonablemente bien), e indicadores que permiten conocer por dónde vamos y si alcanzamos los estándares de calidad que nos fijamos.⁴³

2.1.7 Principios de la asistencia sanitaria

Para López Montesinos los conceptos calidad, ética y costo se unifican al efectuarse una evaluación y mejora de la calidad asistencial, lo que, en ocasiones, produce controversia al no saber conjugarlas. Por una parte, el profesional traduce la calidad como la necesidad de unos recursos para alcanzarla y a su vez, desde la administración se teme a la calidad, ante el riesgo que puede suponer el cómo utilizará el profesional los recursos para obtenerla.⁴⁴ Así, Humet (1994) considera que la calidad se concreta en cuatro principios que conjugan la calidad, el costo y la ética profesional. Estos principios válidos para todos serían:

⁴³Diego Ayuso y Murillo y Rodolfo F. Grande Sellera. op. cit. p. 542.

⁴⁴Ma. José López Montesinos. op. cit. p. 258.

- La beneficencia

La beneficencia o asistencia lo más óptima posible al usuario.

- La no maleficencia

La no maleficencia entendida como la prestación de servicios, atendiendo a la ética profesional, que nos dicta cómo actuar según la demanda de la comunidad, por encima del sistema y costo.

- La justicia

La justicia considera el costo como inversión de justicia, que no tiene por qué estar reñido con la calidad, si se produce acorde a la ética profesional que dirige nuestra acción hacia un desempeño con la adecuada utilización de recursos y distribución equitativa.

- La autonomía

La autonomía reconoce el derecho del usuario a participar en la evaluación para la toma de decisiones que le vayan a afectar.⁴⁵

Para Humet “las estrategias de calidad tienen que tener en cuenta la dimensión ética”, uniendo la efectividad de la asistencia, los riesgos de una acción, las preferencias del paciente y los recursos que se utilizan. Con ello, los profesionales adquieren un compromiso de mejora de calidad, tomando decisiones bioéticas que acerquen a cada caso y situación, utilizando los recursos adecuadamente para conseguir el mejor producto de nuestra acción.

- La asistencia al usuario

Para Corella se entiende la existencia de una unidad o estructura orgánica que representa el puente que canaliza determinadas necesidades del cliente con la institución o empresa. La extensión de sus funciones puede diferir según al cultura de calidad de cada hospital (recursos, perfil profesional, situación en el organigrama y dependencia jerárquica). Hay que tener en cuenta tres importantes aspectos: el perfil profesional y la dependencia jerárquica y el perfil personal.⁴⁶

⁴⁵Id.

⁴⁶José Ma. Corella. *La gestión de servicios de salud*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1996. P. 294.

- Perfil profesional

El personal dedicado a la atención del usuario en sanidad suele ser un asistente social, diplomados en enfermería o con estudios administrativos, tal y como señala la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, con independencia de su procedencia, es fundamental la profesionalización de una labor cada vez más destacada y que en ocasiones puede existir la posibilidad de adjudicarla a personas voluntarias o altruistas.⁴⁷

- Dependencia jerárquica

La dependencia jerárquica suele ser directamente de la Gerencia o de la Dirección responsable del programa de calidad del centro. La información que aporta es de gran utilidad en el proceso de toma de decisiones vinculadas al plan de calidad.⁴⁸

- Perfil personal

El perfil personal tiene como su principal misión la atención directa al público, la entrevista personal o telefónica constituye su método de trabajo habitual. En consecuencia, resultan esenciales la capacidad de atención y escucha, la empatía, la capacidad de síntesis, la actitud positiva para buscar soluciones a los problemas planteados, la paciencia, serenidad y tolerancia a la ansiedad del cliente, que puede llegar a ser amenazante o agresiva.

⁴⁷Id.

⁴⁸Ibid p. 295.

- La prestación del servicio de calidad

Para Frenk (1984) el compromiso de elevar los niveles de salud de la población es, inseparablemente, un compromiso por asegurar la calidad de la atención. Así, la nueva teoría sobre calidad mantiene que: asegurar la calidad de los bienes y servicios en cualquier sector de la economía – incluyendo el sector salud – requiere participación activa y liderazgo de la gente que hace este trabajo día a día, y es productora de estos bienes y servicios. (Blumenthal, 1996).⁴⁹

Para ello, en 1984, la Asociación Médica Americana definió la atención de alta calidad como: “atención que consistentemente contribuye al mantenimiento o mejoramiento de la calidad y/o duración de la vida.” La Asociación identificó los atributos específicos de la atención que debían ser examinados al determinar su calidad, haciendo énfasis en la promoción de salud y la prevención de enfermedades, los servicios efectuados sin pérdida de tiempo, la participación informada de los pacientes, la atención a las bases científicas de la Medicina y el uso eficiente de los recursos.⁵⁰

⁴⁹Julio Frenk. En Maritza de la Caridad Sara Rosales y Cols. *Programa de mejora continúa de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores*. Documento impreso. Habana, Cuba, 2002. P. 6.

⁵⁰Id.

Para Sosa Rosas la atención de calidad implica: la atención médica correcta que se limita a la práctica racional de la medicina, sustentada en las ciencias médicas, una buena atención médica enfatiza la prevención, la buena atención médica exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina científica; además, implica la buena atención médica al individuo como un todo, una buena atención médica mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente, la buena atención médica funciona en coordinación con el trabajo social, la buena relación médica coordina los diferentes tipos de servicios médicos y una buena atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas.⁵¹

- La inversión

Para Varo todas las actividades sanitarias conllevan el empleo de unos recursos que tienen unos costos y dan lugar a unos resultados, en general beneficios. Por este motivo, es conveniente utilizar la menor cantidad en la consecución de los objetivos fijados: las mejoras en la salud y sus consecuencias -más esperanza y calidad de vida-. En el análisis económico sanitario se consideran dos cuestiones diferentes: la primera de ellas obliga a evaluar los costos y las consecuencias de las actividades sanitarias y da lugar a estudios descriptivos de costos, de resultados o de ambos; la segunda plantea la elección entre dos o más opciones posibles. En sentido estricto, el análisis económico sanitario es el estudio

⁵¹Ibid p. 7.

comparativo de acciones opcionales, que incluyen los costos y los resultados y de ellos, el más completo es valorar conjuntamente alternativas, costos y resultados.⁵²

El estudio de un servicio o programa sanitario utiliza dos tipos de costos: el “costo potencial”, o conjunto de consecuencias negativas para la sociedad como efecto de un suceso determinado y el “costo contable”, o conjunto de recursos empleados en la obtención de un resultado concreto. El uso de ambos costos permite calcular, desde una perspectiva económica el coste de una enfermedad y medir el beneficio que se obtendría si la enfermedad desapareciera.⁵³

En los estudios de las actividades de salud interesa la eficiencia económica en dos niveles: en la asignación de recursos, con el propósito de maximizar la productividad de la inversión, y de forma operativa, a fin de aumentar el rendimiento y la productividad y minimizar así el costo sin bajar la calidad técnica.

- Evaluación y mejora de la calidad

Para López Montesinos una evaluación para la mejora de la calidad asistencial se puede realizar a partir de una intención política y social, que permita la interacción de programas dentro de la estructura organizativa, presentando el análisis de la situación y los indicadores de medición según los elementos a controlar con

⁵²Jaime Varo op. cit. p. 46.

⁵³Id.

relación a esa calidad. Estos programas pueden provenir de fuera de la organización, implantados por sectores externos relacionados con las instituciones, recogiendo información de unos y otros, y comparando el nivel de calidad asistencial que ofrece en cada uno de ellos. Por tanto, se utiliza como elemento de medición la demanda social, según sus necesidades en materia de salud.⁵⁴ (Ver Anexo No. 9: Evaluación de la calidad con la Matriz DOFA).

Por otro lado, existen los programas internos de la institución que oferta los servicios sanitarios. Estos programas de evaluación y mejora de la calidad los cubren los profesionales de la empresa, analizando la situación real, detectando los problemas, formulando los criterios de medición y corrigiendo las desviaciones detectadas tras la evaluación.

2.1.8 Organizaciones que acreditan la calidad en salud

- International Organization for Standardization (ISO)

En Ginebra, Suiza, funciona la Organización Internacional para la Estandarización ISO, por sus siglas en inglés, que es un consorcio que agrupa prácticamente a todas las naciones industrializadas. Su misión es desarrollar estándares internacionales que faciliten el comercio internacional.⁵⁵ (Ver Anexo No. 10: Elementos básicos de las Normas ISO-9000).

⁵⁴Ma. José López Montesinos. op. cit. p. 255.

⁵⁵Gustavo Malagón y cols. op. cit. p. 52.

Así, las normas ISO-9000 se orientan hacia la estandarización de los sistemas de calidad y no están relacionadas con algún producto o servicio en particular. Es decir, se orientan hacia los procesos de los que se derivan los productos y/o servicios. Para poder funcionar como una norma genérica, es obligatoria la utilización de métodos, técnicas y procedimientos específicos y se enfoca hacia principios, metas u objetivos, todos ellos relacionados con el cumplimiento y satisfacción de las necesidades, requerimientos y expectativas del cliente. Se supone que un sistema de calidad que cumple con los estándares ISO-9000, es lo suficientemente confiable para entregar con seguridad productos y servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes.⁵⁶ (Ver Anexo No. 11: Normas de obtención de una certificación por ISO-9001, 9002 y 9003).

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare

En 1954, se creó, en Estados Unidos la Joint Commission for the Accreditation of Hospital, o en español, la Comisión Conjunta para la Acreditación de los Hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales, utilizando índices numéricos sobre la organización y su funcionamiento. Esto corresponde a los “estándares”.⁵⁷ (Ver Anexo

⁵⁶Id

⁵⁷Gustavo Malagón y cols. op. cit. p. 49.

No. 12: Programa de Garantía de la Calidad de la Joint Commission).

Para Gillies la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations exige a las instituciones, que aspiran al reconocimiento por parte de ésta organización, que coordinen todas las actividades de garantía de calidad en un programa institucional integrado, que se centre en la identificación de los problemas asistenciales de los pacientes (Meisenheimer, 1983).⁵⁸

- American Nursing Association

Para Gillies la American Nurses' Association (1973 ANA) ha elaborado un modelo para encauzar la evaluación de la práctica profesional de enfermería, los cuidados a los pacientes y las instalaciones y servicios de las instituciones. Las enfermeras de los diversos departamentos de la American Nurses' Association han formulado estándares de resultados, que sirven como criterios para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería (American Nurses' Association, 1983; American Nurses' Association, 1985A; American Nurses' Association 1985B).⁵⁹ (Ver Anexo No. 13: Programa de Gestión de la calidad de la American Nurses' Association).

2.1.9 La calidad de los Servicio de Enfermería

- Antecedentes de la calidad con Florence Nightingale

⁵⁸Dee Ann Gillies. *Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas*. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas Salud. México, 1994. P. 516.

⁵⁹Id.

Para Silva Sánchez la enfermería se ha preocupado por adquirir conocimientos que fundamenten las acciones de enfermería, para brindar a los pacientes una mejor calidad de atención. Señala Vouri que a mediados de 1800 fue Nightingale la primera persona en salud que se preocupó de registrar cada procedimiento y técnica ejecutada a los pacientes, incorporando herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados increíbles en los valores de la mortalidad institucional.⁶⁰ Así, para Trincado Agudo y Fernández Caballero en enfermería, desde el inicio de la profesión, *Florence Nightingale* enunció “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados.”⁶¹ (Ver Anexo No. 14: Calidad de la atención interpersonal de enfermería).

- Normas de calidad de los servicios de Enfermería

Montesinos entiende la calidad asistencial en enfermería como la correcta administración de unos cuidados en salud, y garantizar esa calidad lleva a un proceso que establece el nivel óptimo, basado en la prestación de unos cuidados de enfermería. Para obtenerla, nos fundamentamos en tres factores que sirven de marco de referencia, ya que cada uno de ellos se vincula a la actividad enfermera y a la

⁶⁰Gladis Silva Sánchez. *La calidad de la atención de enfermería*. Documento impreso. En internet: <http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargar/pdf.enfermeria/arti-17.pdf>. México, 2009. p. 1.

⁶¹Ma. Teresa Trincado Agudo y Emilio Fernández Caballero. op. cit. p. 1.

calidad de los cuidados que ofrecemos a la comunidad. Estos factores constituyen las *normas de calidad de enfermería*.⁶²

Mason (1992) define la norma de calidad de enfermería como válida de la calidad de los cuidados, que incluye criterios con los que se puede evaluar la eficacia de los mismos y para garantizar su calidad cada norma debe ser válida, adecuándose los cuidados a la norma y damos los resultados positivos para el usuario. Así, siguiendo la definición se clasifica en normas de estructura, de proceso y de resultado.

- De estructura

Las *Normas de calidad de estructura* en enfermería, se refieren a las condiciones en que se desarrolla el trabajo (estructura física, entorno, estructura de objetivos, normas, programas, métodos, recursos, etc.), incluyendo la información que se produce entre los profesionales y entre el profesional y el usuario, el contenido de las tomas de decisiones de enfermería. Estas normas de calidad favorecen la consecución de objetivos, ya sea analizando la estructura general de la organización o los diferentes sectores y elementos que la componen. La calidad de estructura, definida como recursos y organización de los mismos, incluye la cantidad, calidad y tipo de recursos humanos existente, el sistema organizacional por el que se rige la institución y sistemas de

⁶²Ma. José López Montesinos. op. cit. p. 264.

financiación e información con que cuenta la enfermería para llevar a cabo el desempeño de una actividad.⁶³

- De proceso

La calidad de proceso está referida a la relación que se establece entre los recursos y la comunidad que recibe los servicios. Esto implica el estudio y análisis de los contenidos de programas, metodología, protocolos, diagnósticos, procedimientos, y todo lo relacionado con el proceso de atención que dirige enfermería a la población.⁶⁴

- De resultado

Las *Normas de calidad de resultado en enfermería* se refiere a los cambios que se producen tras la actuación de la enfermería, visibles en los resultados iniciales de salud y en las respuestas del usuario, así como en el producto económico y cantidad y calidad de servicios prestados.⁶⁵

Esta clasificación permite evaluar la calidad asistencial a partir de unos criterios que concreten lo que deseamos medir en cuanto a la estructura, proceso y resultado del trabajo, fundamentándonos en la calidad de los resultados obtenidos y en las características estructurales y nivel científico técnico de los procesos.

⁶³Id.

⁶⁴Id.

⁶⁵Id.

2.1.10 Evaluación y mejora de la calidad asistencial en enfermería

- El control de la calidad

La aplicación del control de calidad en enfermería ha evolucionado desde 1960, gracias a los estudios e investigaciones de grupos profesionales y de expertos que han ido adaptando el concepto de salud a la demanda social, obligando a evaluar y elevar la calidad del servicio que el sector salud presta a la comunidad.⁶⁶

Esta evaluación de la calidad sólo ocurrirá si en la empresa sanitaria funciona una dirección que defina con claridad su filosofía de actuación, objetivos y procedimientos y perfiles, los puestos de trabajo, dotándoles de contenido funcional, reflejando la división del trabajo en cuanto a actividades y tareas se refiere. También, es imprescindible que los programas y sus contenidos concreten y describan las acciones que deben efectuarse. En enfermería es difícil establecer un control de calidad si no están definidos estos parámetros, a fin de medir la eficacia de unos resultados y la calidad consecuente de los mismos.⁶⁷ En un control de calidad, no sólo hay que conocer la calidad que se da, sino que también hay que concretar quién controlará y evaluará esa calidad, asegurando su comunidad.

⁶⁶Ma. José López Montesinos. op. cit. p. 263.

⁶⁷Id.

- Los estándares o medidas de calidad

La aplicación de estándares de calidad en enfermería persigue la búsqueda de medios para valorar sus acciones en cantidad y calidad, concretando el contenido de cada una de ellas que dé a conocer qué servicio se ofrece, en qué condiciones y quién lo realiza. Esto conlleva definir y medir necesidades y respuestas del usuario; así, el estándar o medida de calidad sirve de referencia para establecer la capacidad, calidad o cantidad de algo que de forma general se utiliza o acepta. Los estándares de calidad parten de unos criterios que guían nuestras acciones para saber el grado de aceptación-calidad de los mismos. También permiten unificar criterios para formular objetivos dirigidos a una evaluación de los rendimientos y desempeño profesional, mediante indicadores de medida que guían la acción, expresados en términos de calidad y con posibilidad de aplicación en todo el elemento o sector objeto de control.⁶⁸

Así, si se persigue un desarrollo profesional, hay que determinar la calidad de la práctica enfermera y conocer las necesidades y demanda del usuario, utilizando normas de calidad y estableciendo indicadores que la evalúen permanentemente, de acuerdo a una realidad social que demanda de nosotros unos servicios concretos en materia de salud.

⁶⁸Id.

- La medición de la calidad

Para Arenjo Sebastián y Cols., desde la perspectiva de una empresa de servicios, la medición de la calidad implica el estudio de todas aquellas fuentes informativas que traducen la calidad percibida por el enfermo-cliente, en donde para él tiene una gran utilidad práctica.

- Recomendaciones

Estas son la expresión de la opinión del usuario en relación con un acto o proceso asistencial, con las relaciones interpersonales, con la comunicación, con las condiciones de habitabilidad, la hostelería u otros aspectos, que es consecuencia de la atención sanitaria recibida en un centro asistencia, que no le ha satisfecho, y de la cual el usuario espera una actuación o respuesta. Así, la existencia de un interlocutor de referencia (Unidad de Atención al Cliente) es fundamental para un abordaje integral tanto de esta temática como de otras cuestiones relacionadas con el usuario-cliente.⁶⁹

- Altas voluntarias

La Ley General de Salud, (España), reconoce el derecho del paciente, o de su representante legal, a negarse a la continuación del tratamiento y a suspender la relación con el hospital mediante la solicitud de alta voluntaria. La firma de un documento específico y

⁶⁹Miguel Ángel Arenjo Sebastián y Cols. *Gestión diaria del hospital*. Ed. Masson, SA. Barcelona, 2001. p. 293.

la aceptación de las responsabilidades que pudieran derivarse de la acción materializan esta posibilidad. Ciertamente, la alta voluntaria puede reflejar el deterioro progresivo de la relación del paciente con la institución, por pérdida de confianza o desacuerdo con las características del servicio proporcionado, en lo que podría considerarse una reclamación pasiva o por omisión. El diseño de un circuito que permita analizar sus características puede ser de utilidad en la identificación de oportunidades de mejora.⁷⁰

- Encuestas de opinión

El conocimiento de la opinión de los pacientes atendidos, en relación con los diferentes servicios proporcionados en la institución, permite asumir los siguientes objetivos: determinar el nivel de satisfacción de los clientes, identificar motivos de insatisfacción, priorizar problemas tributarios de seguimiento, proponer acciones de mejora y comparar su evolución en el tiempo.⁷¹ (Ver Anexo No. 15: La satisfacción del consumidor).

La variabilidad de posibilidades en este campo (hospitalización, consultas externas, procedimientos diagnóstico-terapéuticos específicos) y la periodicidad de su realización (anual, trimestral, mensual, está condicionada por los recursos destinados al Plan de Calidad.

⁷⁰Id.

⁷¹Id.

- Valoración de expectativas

La satisfacción final del cliente es el resultado de la diferencia entre su percepción del servicio recibido y sus expectativas previas. Las expectativas pueden ser ideales (aspiraciones teóricas), previas (creencia empírica de lo que sucederá), normativas (de lo que debería suceder) y no formadas (no hay un criterio declarado). La actitud frente a la enfermedad está influida por múltiples factores (personales, sociales, asistenciales) y condicionada por la gravedad de ésta.⁷² Representan una temática muy innovadora en este campo, en el que los grupos focales o de entrevista semi-estructurada son una técnica cualitativa, que permite determinar los diversos atributos que los usuarios asocian con la calidad y facilitan la identificación de sus acciones y necesidades al respecto.

- Auditoría en salud

Hoy se recomienda para la formación de los Auditores de Salud un estricto programa académico, que abarque los aspectos del entorno institucional, los de la prestación del servicio y los directamente relacionados con la gestión administrativa.⁷³ En los contenidos para la parte relacionada con el entorno se da especial preferencia a: la investigación epidemiológica, la planeación, lo relacionado con aspectos generales de convivencia y disposición final de la estructura física, los aspectos de adquisición, mantenimiento, reposición de maquinaria y equipos: también se incluyen aspectos generales del ambiente externo y el ambiente interno, lo pertinente

⁷²Id.

⁷³Gustavo Malagón Londorio y Cols. op. cit. p. 28.

a bioseguridad, la ética en los comportamientos de todo el personal, lo relacionado con aspectos jurídicos, especialmente la parte de responsabilidad civil, penal y administrativa, los aspectos relacionados con el bienestar social de los clientes interno y externo y la forma como se articula la institución con el sistema nacional de salud.⁷⁴

Así, la auditoría en salud representa un esquema de vigilancia permanente de las normas en todas las áreas de la institución, pero además previene posibles fallas, alerta sobre debilidades, hace recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general y como organismo asesor permanente mira todos los pasos, todos los aspectos, todos los componentes destinados a la meta única del programa que es la **satisfacción del cliente**.

2.1.11 Programa de garantía de la calidad en enfermería

- Planificación del programa

Se necesita una planificación pormenorizada por parte de todas las gestoras de una institución sanitaria, para implantar un programa de garantía de calidad. Los programas de garantía de calidad que obtienen mejores resultados son sencillos, poco costosos y no representan una amenaza para el colectivo de personal. Incluso un

⁷⁴ Id.

programa sencillo de garantía de calidad necesitará un periodo de tres a seis meses para su preparación.⁷⁵ Un programa eficaz es suficientemente complejo y requiere tal cantidad de tiempo, que debería nombrarse un coordinador del programa a tiempo completo, para organizar y dirigir las actividades de los miembros del personal que deberán participar en las diferentes fases del programa.⁷⁶

La elaboración de un programa de garantía de calidad puede agilizarse si la Directora de enfermería o el coordinador del programa de garantía de calidad establecen un plan a largo plazo para el programa, fijando fechas límite intermedias para la finalización de cada fase del programa, es decir, filosofía, objetivos, formulación de criterios, diseño de los instrumentos, selección de la muestra, ensayo del proyecto, formación del personal, recogida de datos, análisis de los mismos, comunicación de resultados y actividades correctoras.⁷⁷

- Operación del programa

Una vez que las correspondientes gestoras de la institución han aprobado la planificación del programa de garantía de calidad, deberá nombrarse un grupo operativo de garantía de calidad para que ponga en práctica el programa. El grupo deberá contar con la representación de todas las especialidades de enfermería clínica, de directivos y de enfermeras de plantilla. Antes de que el grupo

⁷⁵Dee Ann Gillies. Op. cit. p. 523.

⁷⁶ Id.

⁷⁷ Id.

inicie su trabajo, los miembros del grupo deben asistir a un seminario de garantía de calidad, para familiarizarse con la finalidad, la terminología, los principios básicos, las fórmulas tradicionales y los métodos utilizados en los programas de garantía de calidad.⁷⁸

Cuando los miembros del grupo operativo han sido adecuadamente orientados en el proceso de garantía de calidad, deberán reunirse para intercambiar opiniones en relación con el control de calidad, analizar las diferencias en sus valores de enfermería mediante confrontación abierta, e identificar los puntos de esfuerzo y las restricciones institucionales que hay que tener en cuenta al evaluar y mejorar la calidad de la atención de enfermería.

Después de que se haya llegado a un acuerdo en cuanto a la filosofía y los objetivos del programa de garantía de calidad, y se haya determinado la estrategia global de valoración de la calidad (una combinación de estructura, proceso y resultados), el grupo deberá seleccionar los temas que hay que evaluar y clasificarlos por orden de prioridad.⁷⁹ Las cuestiones que con más frecuencia se eligen para la valoración son: los diagnósticos de los pacientes, los procedimientos terapéuticos, los procedimientos diagnósticos, los indicadores críticos y los problemas de elevada incidencia o gran severidad. Al efectuar la selección de los temas que se van a evaluar, el grupo operativo deberá centrar su atención en aquellos

⁷⁸Dee Ann Gillies. Op. cit. p. 524.

⁷⁹ Id.

problemas de tratamiento y cuidados en los que se pueden aplicar actuaciones eficaces, y en aquellos aspectos de la práctica profesional de enfermería en los que ya se haya establecido, sin lugar a dudas, la relación proceso-resultado. Como un medio.

- Evaluación del programa

La finalidad de un programa de garantía de calidad de enfermería deberá ser doble: medir y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería que se proporciona en la institución. Para conseguir estos objetivos, se ha empleado diversos métodos de garantía de calidad, de los cuales las auditorías simultáneas y retrospectivas de la asistencia a los pacientes, el análisis de las características de los cuidados prestados a los enfermos, el método de revisión entre colegas y los círculos de calidad son los más habituales.⁸⁰

En todos estos métodos, el objetivo de los investigadores será qué elementos de los cuidados de enfermería producen los mejores resultados en cada tipo de pacientes atendidos en la institución, de manera que las acciones poco eficaces puedan ser sustituidas por métodos más apropiados.

⁸⁰Dee Ann Gillies. Op. cit. p. 225.

3. METODOLOGÍA

3.1 HIPOTESIS

3.1.1 General

H₁. Existe calidad de la atención de Enfermería con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.

3.1.2 De trabajo

H₂. Existe una alta calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México, D.F.

3.1.3 Nula

H₀. No existe alta calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México, D.F.

3.2 VARIABLE E INDICADORES

3.2.1 Variable

Dependiente: Calidad de la atención de enfermería
Modalidad

DATOS GENERALES	PREGUNTAS
1. Edad	1
2. Categoría para el personal de enfermería	2
3. Sexo	3
4. Turno	4

- DE ESTRUCTURA

Indicadores:

DATOS GENERALES	PREGUNTAS
5. Dotación de mobiliario y equipo médico	5
6. Distribución física de los espacios	6
7. Funcionamiento del equipo electromédico	7
8. Cantidad de factor humano	8
9. Capacitación del personal	9
10. Dotación de medicamentos	10

DATOS GENERALES	PREGUNTAS
11. Dotación de ropa	11
12. Alimentos que consumen los pacientes	12
13. Existencia de Manuales de Organización	13
14. Estímulos y premios para el personal	14

15. Conocimiento de las funciones y actividades	15
16. Existencia de medidas de seguridad para los pacientes	16

- DE PROCESO

Indicadores:

DATOS GENERALES	PREGUNTAS
17. Intervenciones diarias de Enfermería	17
18. Cumplimiento cabal de actividades	18
19. Relación enfermera-paciente	19
DATOS GENERALES	PREGUNTAS
20. Dominio de técnicas y procedimientos	20
21. Características de la relación enfermera-paciente	21
22. Trato del personal de enfermería a los pacientes	22
23. Comunicación e información de enfermería para los pacientes	23

24. Calidad en la atención	24
25. Apoyo emocional a los pacientes	25
26. Respeto del personal de enfermería a los pacientes	26

- DE RESULTADOS

Indicadores:

DATOS GENERALES	PREGUNTAS
27. Satisfacción del usuario	27

DATOS GENERALES	PREGUNTAS
28. Promedio de días de estancia hospitalaria	28
29. Diagnósticos oportunos para sus tratamientos	29
30. Tratamientos adecuados	30
31. Existencia de iatrogenias	31
32. Trato recibido por las enfermeras	32
33. Altas voluntarias	33

34. Rapidez en la atención	34
35. Evaluación de la calidad	35
36. Confianza de los pacientes hacia las enfermeras	36
37. Opinión de la calidad	37

3.2.2 Definición operacional

Definición operacional: Calidad de la atención de enfermería

- La calidad

Según Hervás Maldonado, la calidad es la opción de acreditación de un trabajo, desde un punto de vista legal, como cumplidor de una expectativa. Es decir: el cumplimiento demostrado de una promesa. Se dice que un proceso laboral es de calidad, cuando se ajusta a la demanda de perfección pactada para el mismo previamente. Así, la calidad puede conceptualizarse en su desarrollo como una opción de evaluación final o como una forma de evaluación continuada (durante el proceso y a su terminación). En el primer caso se habla de garantía de la calidad. En el segundo de calidad total.

- La calidad en salud

Para López Montesinos el control de calidad sanitario se interpreta como el método de evaluación y mejora de la calidad asistencial, que deben proporcionarse por un proceso que encierra el análisis de problemas y estado de la situación, la elaboración de criterios e indicadores que midan la calidad y marquen estándares que reflejan la actuación y situación, desde el nivel óptimo al pésimo y la corrección de desviaciones que encontremos tras la evaluación final. Ello permitirá diseñar nuevas acciones de futuro, modificar y cambiar e instaurar planificaciones posteriores.

El modelo de la calidad en atención sanitaria se asemeja al modelo industrial en ese reconocimiento de la necesidad de satisfacer al cliente-paciente, prestando una mayor atención a la información que este recibe sobre el proceso y resultado de las actuaciones del profesional sanitario. La diferencia entre uno y otro modelo se centra en varios puntos:

- En el modelo de la atención sanitaria, el profesional actúa en nombre del usuario y ello nos responsabiliza más y nos obliga a educarle en materia de salud.
- La organización sanitaria difiere de la industrial en cuanto a normas, contratos, reglas, etc., ya que los propósitos iniciales y las metas finales se dirigen hacia el logro de un bienestar bio-psico-social, y hacia una equidad en la administración y distribución de los servicios de salud, con la adecuada utilización de recursos y sin prejuicios de la calidad, ampliándose nuestra responsabilidad hacia el ámbito social.

- El modelo industrial se guía por un mercado que vincula el costo al producto, por lo que un elevado costo queda justificado si el resultado es, también, elevado en cuanto a ganancias posteriores.

En el modelo sanitario ese costo queda justificado con la calidad de resultados, pese a que no se generen ganancias económicas posteriores a corto plazo, aunque la calidad en los servicios de salud dará a largo plazo resultados positivos a nivel social y económico. Es por ello que resulta muy difícil precisar la relación costo-beneficio, atendiendo a este criterio, ya que el objetivo perseguido en la calidad asistencial se puede alcanzar o no de forma total.

- La calidad de la atención médica

Para Varo, el concepto de calidad, aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud. Así, la calidad de la asistencia sanitaria está configurada por un conjunto de atributos, agrupados por Donabedian en tres categorías -referidas al nivel científico-técnico, a la relación interpersonal y al entorno-, que facilitan conocer sus dimensiones. La relación entre calidad, costo y la financiación pública de la mayoría de los sistemas sanitarios europeos obligan a hacer mención a los conceptos básicos de la economía de la salud (efectividad, eficacia, eficiencia y equidad), y a exponer

posteriormente los diversos análisis de evaluación económica de la asistencia sanitaria.

- La gestión de la calidad en los servicios de salud

Para Temes Montes y Mengibar Torres, la calidad se gestiona mediante tres actividades fundamentales, que son la planificación, el control y la mejora.

La planificación consiste en: determinar las necesidades del cliente, fijar objetivos de calidad con arreglo a las necesidades y desarrollar el proceso que pueda alcanzar los objetivos y asignar los recursos necesarios para realizar el proceso.

El control consiste en: evaluar lo conseguido en los objetivos, identificar los problemas del proceso, buscar las causas de los problemas y adoptar decisiones para resolver los problemas

La mejora consiste en: planificar la mejora continua. Por otra parte, para Corella, la gestión de la calidad de los servicios de salud implica tres factores: eficacia (o capacidad para conseguir el objetivo deseado; es decir, satisfacer la necesidad, efectividad (o capacidad para probar su eficacia) y eficiencia (o relación entre efectividad y eficacia con el costo de la producción).

- La garantía de la calidad.

Para Hervás Maldonado el proceso de garantía de calidad consta de varias fases:

- Definición de estándares de calidad. Dichos parámetros habrán de ajustarse a los recursos disponibles (humanos, equipos y financieros).
- Elaboración del plan de calidad. Deberá ajustarse a la normativa legal existente, así como a los convenios laborales de cada centro.
- Contratación de auditores externos. Dicho contrato se efectuara ajustando a las condiciones de nuestro plan de calidad.

- Evaluación de la calidad asistencial

Para Temes Montes y Mengibar Torres, evaluar es realizar una medición con el fin de comparar los resultados obtenidos y poder así tomar decisiones. Para ello es necesario definir qué es lo que queremos medir. Así para ofrecer una buena atención se precisa:

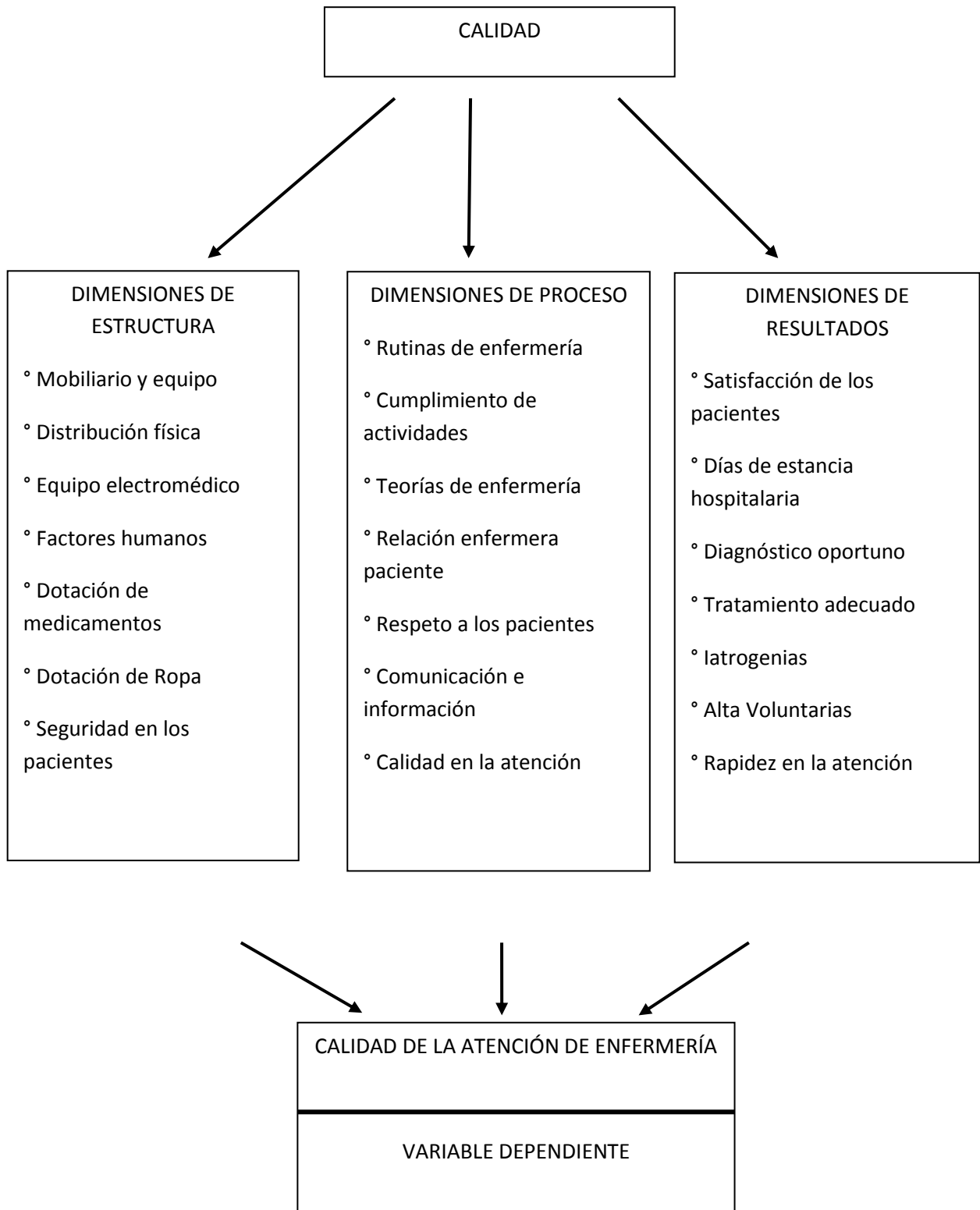
- Disponer de los recursos idóneos, tales como buenos profesionales, buenas instalaciones y buenos elementos organizativos, es decir, una buena estructura.
- Realizar unos procesos asistenciales adecuados para prestar correctamente los servicios.

La calidad dependerá de los resultados obtenidos.

- Evaluación de la calidad de la atención de enfermería

Para López Montesinos la aplicación del control de la calidad en enfermería ha evolucionado desde 1960, gracias a los estudios e investigaciones de grupos profesionales y de expertos que han ido adaptando el concepto de salud a la demanda social, obligando a evaluar y elevar la calidad del servicio que el sector de salud presta a la comunidad. Esta evaluación de calidad solo se puede llevar a cabo si, en la empresa sanitaria, funciona una dirección que defina con claridad su filosofía de actuación, objetivos y procedimientos, y profile los puestos de trabajo, dotándoles de contenido funcional, reflejando la división de trabajo en cuanto a actividades y tareas se refiere. También es imprescindible que los programas y sus contenidos concreten y describan las acciones que deben de efectuarse.

3.2.3 Modelo de relación de influencia de la variable



3.3 Tipo y Diseño de Investigación

3.3.1 Tipo

El tipo de investigación es diagnóstica, observacional, comparativa, descriptiva y analítica.

Es diagnóstica porque se realizó un diagnóstico situacional de la variable Calidad de la atención en enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación, a fin de identificar los logros y posibles desviaciones que, en materia de calidad, tiene el grupo de enfermeras.

Es observacional porque se observó el comportamiento tanto de enfermeras y pacientes como usuarios cuando, estos sean cuestionados en relación a las preguntas de la calidad de la atención de enfermería en el Instituto.

Es comparativa porque en esta investigación se compararon las opiniones, tanto de las enfermeras como de los usuarios, y de esta forma visualizar el tipo de respuestas que ambos encuestados puedan otorgar en relación con la atención de enfermería.

Es descriptiva porque se describe el fenómeno que produce la variable calidad de la atención de enfermería, tanto en usuarios como en el propio personal de enfermería.

Es analítica porque para poder medir la variable calidad de la atención de enfermería, fue necesario descomponerla en sus dimensiones e indicadores básicos.

3.3.2 Diseño

El diseño de investigación que se realizó se siguió fielmente los siguientes pasos:

- Búsqueda de un problema de investigación relevante con un enfoque administrativo en los servicios de enfermería, que permita brindar una propuesta que mejore la calidad de atención que reciben los usuarios.
- Asistencia a la biblioteca para identificar el Marco teórico de la variable Calidad de atención de enfermería.
- Construcción de un diseño de investigación con todos los elementos que lo integran.
- Elaboración de 1 instrumento que permita evaluar, tanto las opiniones del grupo de enfermeras como las opiniones de los usuarios, en relación a la calidad de la atención de enfermería.
- Aplicación del instrumento a la muestra seleccionada.

- Captura, recuento y clasificación de los datos para la conformación de cuadros y gráficas.
- Elaboración del informe final y la presentación de los resultados de la investigación.
- Elaboración de un programa de mejora continua de enfermería, que permita corregir los errores detectados en la investigación, para garantizar la calidad de la atención de enfermería a los usuarios.

3.3.3 Aspectos Éticos

La presente investigación se considera de riesgo mínimo, de acuerdo con lo señalado en la ley general de salud; en el título 2°, capítulo 1, artículos 13, 14, fracciones I, VI, VII, VIII.

El artículo 16, establece que se protegerá la privacidad de los individuos, sujetos a investigación, por lo que los instrumentos se manejaron respetando el anonimato.

El artículo 23 establece que se podrá dispensar al investigador del consentimiento informado por escrito, siendo suficiente el consentimiento verbal.

3.3.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- Para los usuarios

En el criterio de inclusión se consideró a aquellos pacientes internados en las 227 camas del Instituto Nacional de Rehabilitación, en los servicios de cirugía de mano, cirugía de columna, infecciones óseas, tumores óseos y deformidades neuromusculares, traumatología, rehabilitación pediátrica, y también pacientes de consulta externa cuya estancia hospitalaria les permita evaluar la atención de enfermería que han recibido.

En el criterio de exclusión son aquellos pacientes cuyas patologías les impide realizar una entrevista como los pacientes de lesiones medulares y eventos vasculares cerebrales (EVC).

En el criterio de eliminación se consignaron aquellos usuarios que no desearon colaborar en la investigación, o que el día en que se aplicó el cuestionario no acudió al Instituto.

- Para las enfermeras

En el criterio de inclusión se tomarán en cuenta solo el personal de enfermería que brinda cuidados a los usuarios durante su estancia hospitalaria. Es decir, enfermeras profesionales.

En el criterio de exclusión fueron personal auxiliar, pasantes, jefes y supervisoras. En el caso de supervisoras y jefes no brindan atención directa y en el caso de auxiliares y pasantes no cuentan con la capacitación para brindar una atención profesional.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS

3.4.1 Fichas de trabajo

Con las fichas de trabajo se recolectó toda la información empírica primaria y secundaria, que permitió fundamentar teóricamente la variable Calidad de la atención de enfermería.

3.4.2 Observación

Mediante la observación se visualizaron las aptitudes y comportamientos de los sujetos entrevistados: usuarios y personal de enfermería entorno a la Calidad de la atención de enfermería.

3.4.3 Entrevista

Mediante la entrevista se obtuvieron los testimonios orales de los sujetos entrevistados, que permitieron realizar posteriormente el análisis con base en sus apreciaciones.

3.4.4 Cuestionarios

El cuestionario es el principal instrumento para la recolección de los datos. El cuestionario se elaboró con base en los indicadores de las dimensiones de estructura, proceso y resultados. Dado que es una investigación comparativa, las preguntas a los usuarios también se les formularon a las enfermeras, de tal forma que se miden los mismos ítems en relación a la estructura hospitalaria, el proceso de atención de enfermería y los resultados que los pacientes valoran en cuanto a la atención recibida. Cada indicador genera una pregunta del cuestionario y cada pregunta genera 5 opciones de respuesta, que son estructuradas cerradas y tendrán dos categorías de preguntas: las que comprenden datos sociodemográficos y las que miden las variables.

4. INSTRUMENTACIÓN ESTADÍSTICA.

4.1. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.

- Para el personal de enfermería.

El universo está constituido por 422 profesionales de enfermería, dentro de las cuales se encuentran: jefe de enfermeras, jefes de servicio, supervisores, enfermeras especialistas, enfermeras generales, pasantes y auxiliares de enfermería.

La población consta de 337 enfermeras, lo que representa el 80% del personal que brinda atención directa al paciente de los diferentes turnos.

- Para los usuarios.

El universo está constituido en los 17,279 pacientes que ingresan al mes a consulta externa y en los 227 ingresos mensuales a los diferentes servicios de hospitalización.

La población está representada por 100 pacientes entrevistados, en donde se tomó aleatoriamente una muestra, tanto de pacientes de la consulta externa, como de hospitalización.

4.2 PROCESAMIENTOS DE DATOS.

Para esta investigación se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos, donde se incluyen las variables calidad de la atención de enfermería y satisfacción del paciente. Estos datos fueron procesados utilizando el Sistema de tarjetas simples de concentración y matrices, así como también el sistema SSPS versión 10.

El instrumento consta de 36 preguntas cerradas estructuradas, tipo Likert que miden parámetros socodemográficos como: edad, categoría de las enfermeras, sexo y turno de trabajo. Para medir la dimensión de estructura se tomaron en cuenta 10 ítems, para medir la dimensión de proceso, se tomaron en cuenta 12 ítems y para medir la dimensión de resultados se tomaron en cuenta 10 ítems.

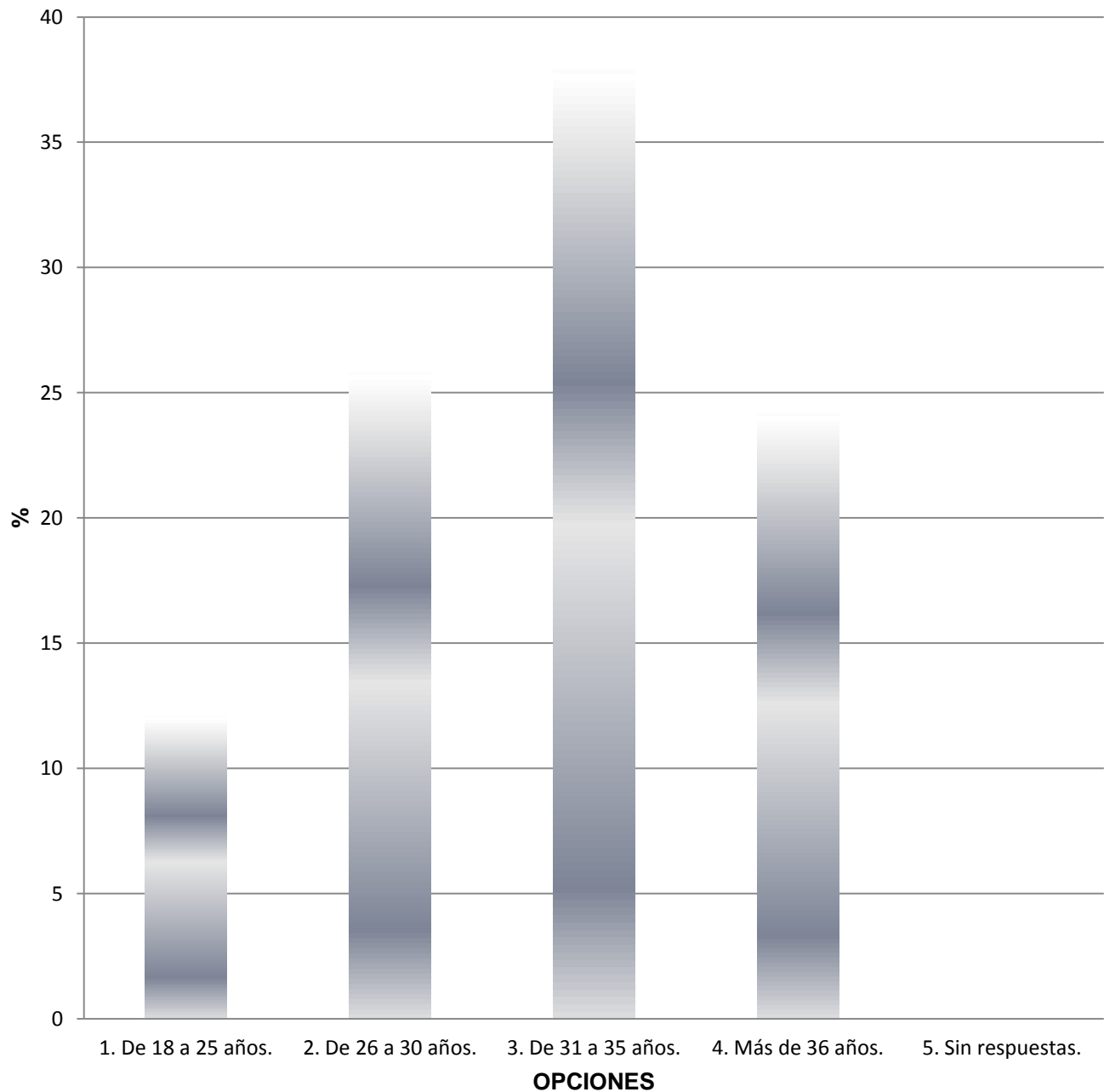
Se contó también con una pregunta abierta para las enfermeras donde se valora la opinión de las enfermeras y pacientes entorno a la calidad otorgada y recibida. A continuación se presentan los cuadros y las gráficas, resultado de la tabulación de los datos

CUADRO No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. De 18 a 25 años.	21	11.67	8	10.00	7	10.00	36	10.90	16	16	36	16	52	12.09
2. De 26 a 30 años.	63	35.00	18	22.50	12	17.14	93	28.18	18	18	93	18	111	25.82
3. De 31 a 35 años.	72	40.00	45	56.25	21	30.00	138	41.82	25	25	138	25	163	37.91
4. Más de 36 años.	24	13.33	9	11.25	30	42.56	63	19.10	41	41	63	41	104	24.18
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: Cuestionario de la investigación: *Calidad de la atención de Enfermería con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.* aplicado de Noviembre 2009 a Febrero 2010.

GRÁFICA No. 1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 37.91% de enfermeras y usuarios tienen de 31 a 35 años de edad, en tanto que el 12.09% tienen de 18 a 25 años de edad.

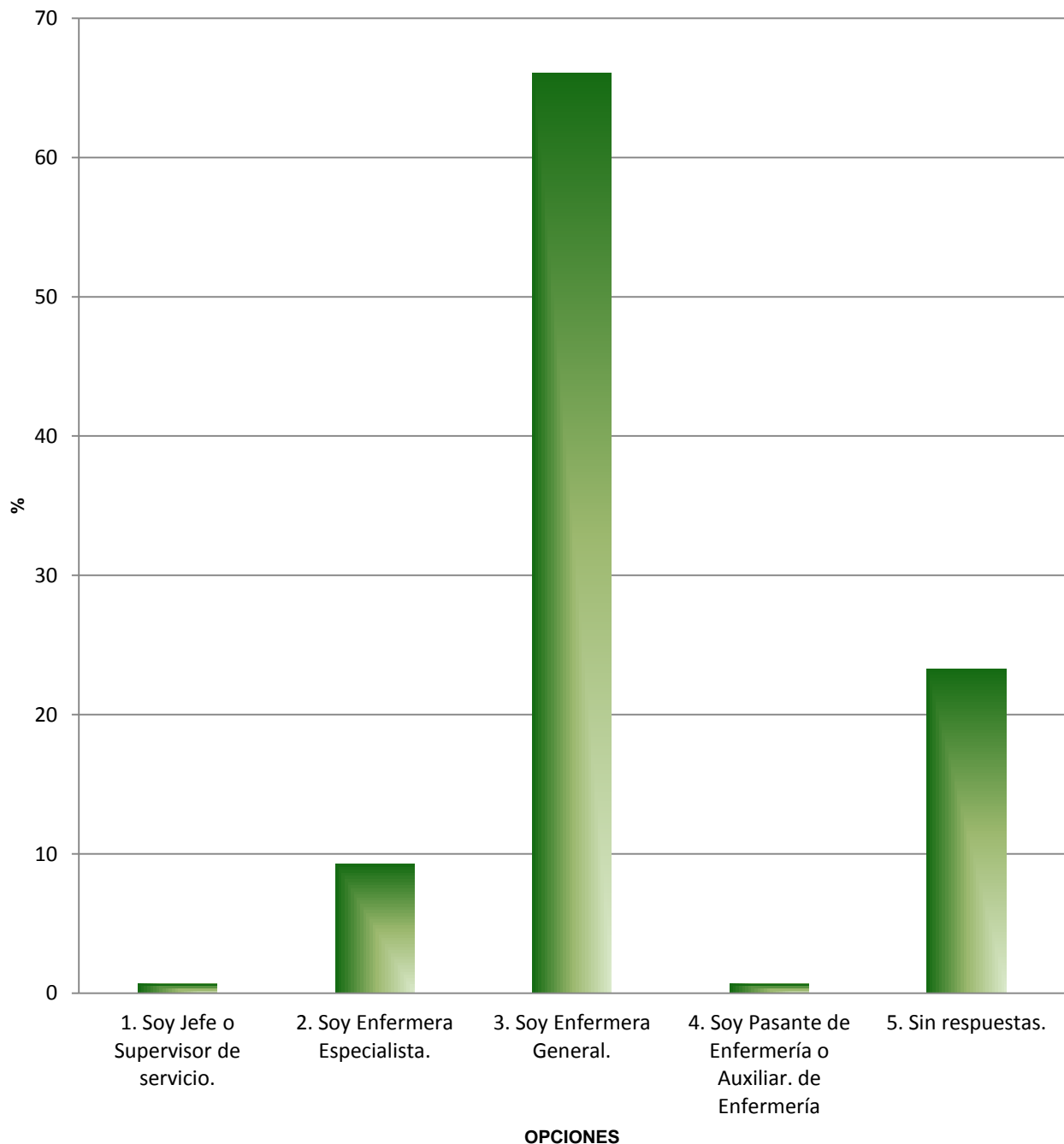
FUENTE: misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 2
DISTRIBUCIÓN DE LA CATEGORIA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES			GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Soy Jefe o Supervisor de servicio.	3	1.67	0	0	0	0	3	0.91	-	-	3	-	3	0.70
2. Soy Enfermera Especialista.	17	9.45	10	12.50	13	18.57	40	12.12	-	-	40	-	40	9.30
3. Soy Enfermera General.	160	88.88	68	85	56	80	284	86.06	-	-	284	-	284	66.05
4. Soy Pasante de Enfermería o Auxiliar. de Enfermería	0	0	2	2.50	1	1.43	3	0.91	-	-	3	-	3	0.70
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	0	100	100	23.25
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 2
DISTRIBUCIÓN DE LA CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 66.05% de enfermeras tienen el nivel de enfermera general, en tanto que el 0.70% ostenta el nivel de pasante de enfermería o auxiliar y es el mismo porcentaje para el nivel de Jefe de servicio.

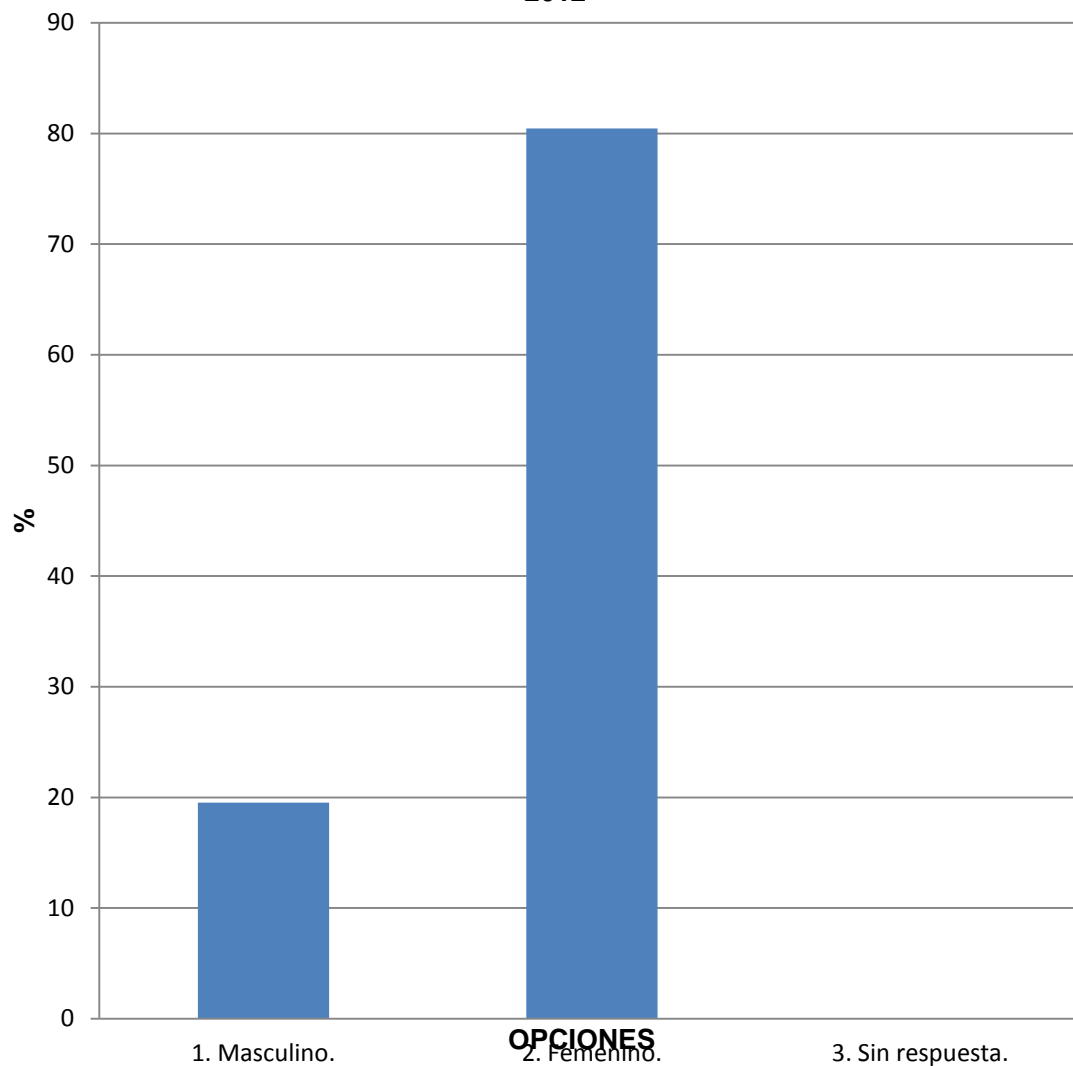
FUENTE: misma del cuadro No. 2.

CUADRONo. 3
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Masculino.	5	2.77	16	20	8	11.42	29	8.78	55	55	29	55	84	19.53
2. Femenino.	175	97.23	64	80	62	88.58	301	91.22	45	45	301	45	346	80.47
3. Sin respuesta.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: Cuestionario de la investigación: *Calidad de la atención de Enfermería con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.* aplicado de Noviembre 2009 a Febrero 2010.

GRÁFICA No. 3
DISTRIBUCIÓN DEL SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN,
EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 80.47% de enfermeras y usuarios son de sexo femenino, en tanto que el 19.53% corresponde a los varones.

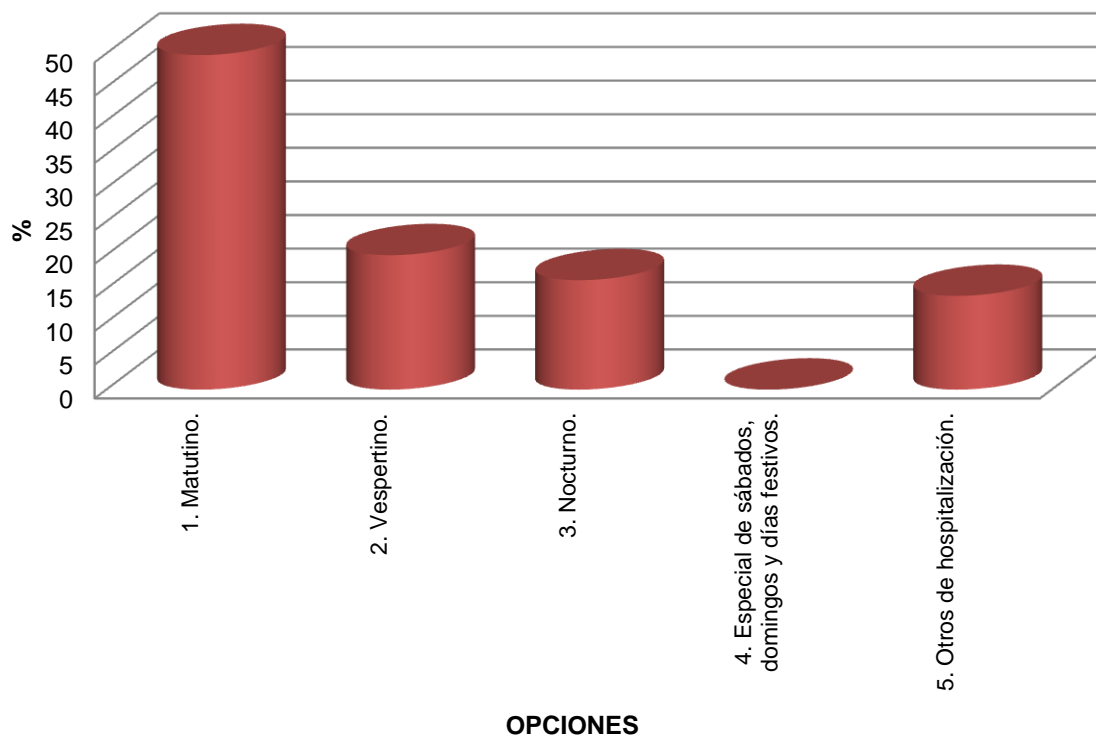
FUENTE: misma del cuadro No. 3.

CUADRO No. 4
DISTRIBUCIÓN DEL TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Matutino.	180	100	0	0	0	0	180	54.54	34	34	180	34	214	49.77
2. Vespertino.	0	0	80	100	0	0	80	24.24	6	6	80	6	86	
3. Nocturno.	0	0	0	0	70	100	70	21.22	0	0	70	0	70	20
4. Especial de sábados, domingos y días festivos.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16.28
5. Otros de hospitalización.										60	60			0.00
6. Sin respuestas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	60	60	13.95
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 4
DISTRIBUCIÓN DEL TURNO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 49.77% de enfermeras y usuarios se encontraban en el turno matutino, en tanto que el 16.28% corresponde, a enfermeras y usuarios que reciben o brindan atención en el turno nocturno.

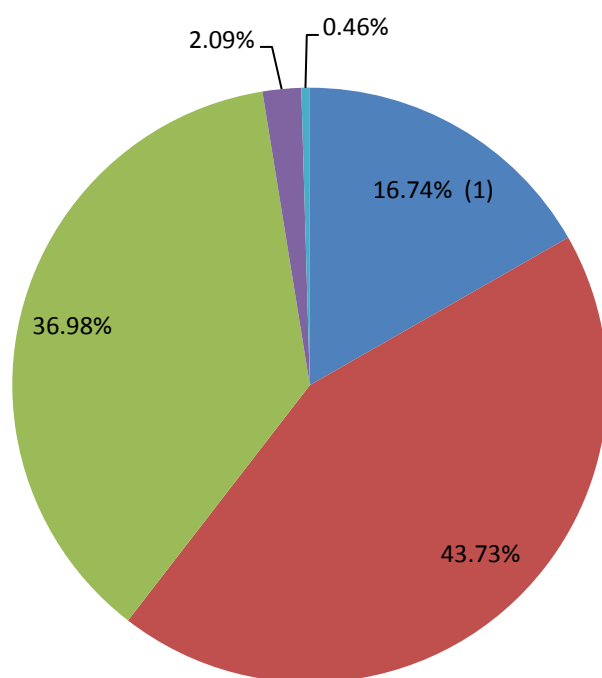
FUENTE: misma del cuadro No. 4

CUADRO No. 5
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MOBILIARIO Y EQUIPO MÉDICO EN
EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES			GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Si, aquí siempre ha habido suficiente dotación de material y equipo para trabajar con los pacientes.	22	12.23	6	7.50	7	10	35	10.60	37	37	35	37	72	16.74
2. Si, aquí la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de Enfermería en la atención de los pacientes.	72	40	22	27.50	37	51.43	131	39.69	57	57	131	57	188	43.73
3. A veces nos falta material y equipo y debemos pedirselo a los familiares de los pacientes.	84	46.67	48	60	21	30	153	46.36	6	6	153	6	159	36.98
4. Aquí nunca hay material y equipo, esto causa gran problema diariamente en el trabajo con los pacientes.	0	0	4	5	5	7.14	9	2.75	0	0	9	0	9	2.09
5. Sin respuestas.	2	1.10	0	0	0	0	2	0.60	0	0	2	0	2	0.46
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 5
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE
SUFICIENTE DOTACIÓN DE MOBILIARIO Y EQUIPO
MÉDICO EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



- 1. Si, aquí siempre ha habido suficiente dotación de material y equipo para trabajar con los pacientes.
- 2. Si, aquí la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de Enfermería en la atención de los pacientes.
- 3. A veces nos falta material y equipo y debemos pedirselo a los familiares de los pacientes.
- 4. Aquí nunca hay material y equipo, esto causa gran problema diariamente en el trabajo con los pacientes.
- 5. Sin respuestas.

OBSERVACIONES: El 43.73% de las enfermeras y usuarios opinan que hay suficiente dotación de material, en tanto que el 2.09% del personal de enfermería y usuarios opinan que nunca hay material y equipo y eso causa problemas en el trabajo con los pacientes.

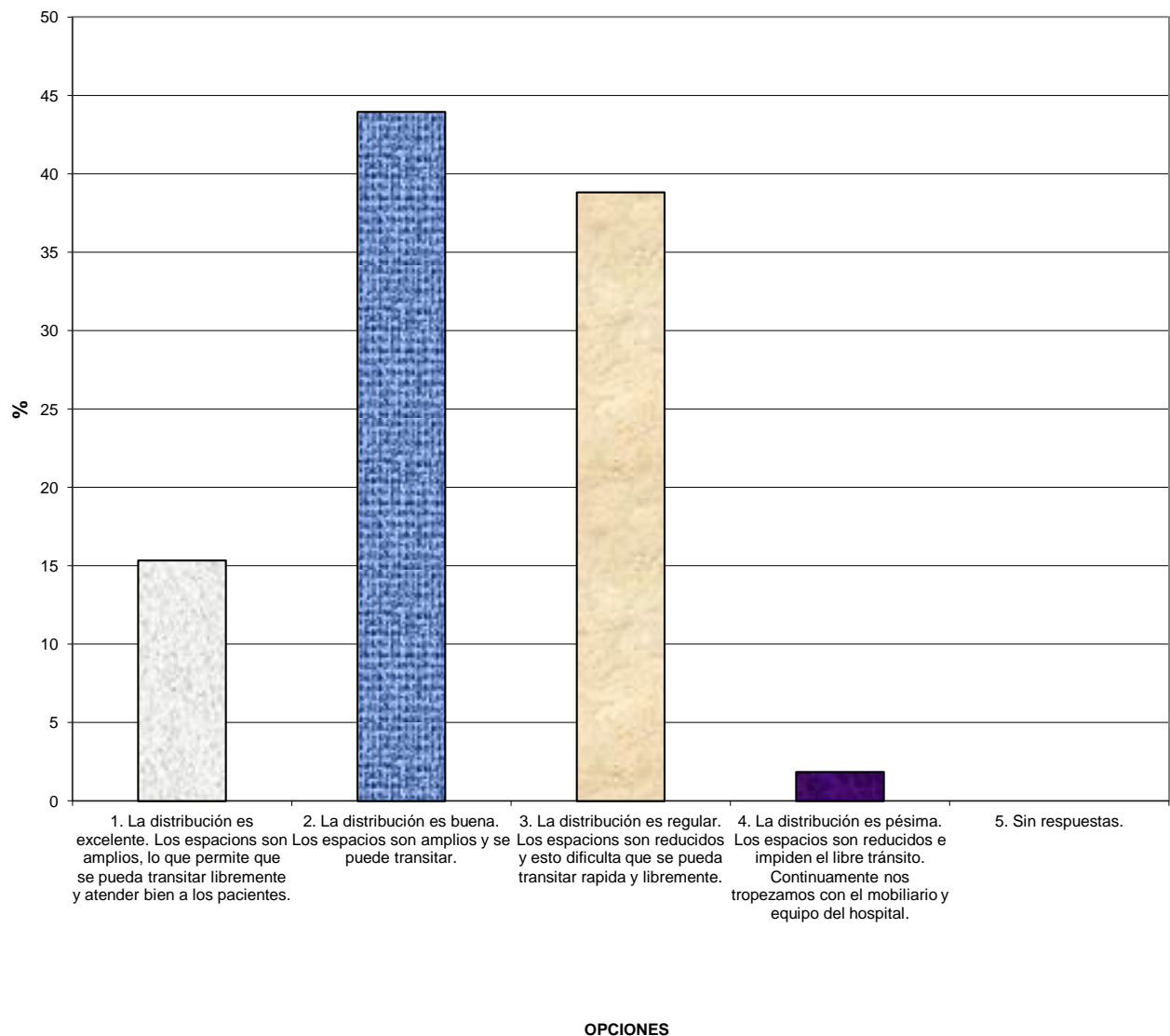
FUENTE: misma del cuadro No. 5.

CUADRO No. 6
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A LA DISTRIBUCIÓN DE ESPACIOS EN EL SERVICIO, EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES			GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. La distribución es excelente. Los espacios son amplios, lo que permite que se pueda transitar libremente y atender bien a los pacientes.	12	6.66	6	7.50	16	22.85	34	10.30	32	32	34	32	66	15.35
2. La distribución es buena. Los espacios son amplios y se puede transitar.	72	40	24	30	28	40	124	37.57	65	65	124	65	189	43.96
3. La distribución es regular. Los espacios son reducidos y esto dificulta que se pueda transitar rápida y libremente.	96	53.34	46	57.50	22	31.42	164	49.69	3	3	164	3	167	38.83
4. La distribución es pésima. Los espacios son reducidos e impiden el libre tránsito. Continuamente nos tropezamos con el mobiliario y equipo del hospital.	0	0	4	5	4	5.73	8	2.44	0	0	8	0	8	1.86
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 6
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS EN TORNO A LA DISTRIBUCIÓN DE
ESPACIOS EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 43.96% de las enfermeras y usuarios opinan que la distribución de espacios es buena, en tanto el 1.86% de los usuarios y personal de enfermería opina que es pésima la distribución de los espacios.

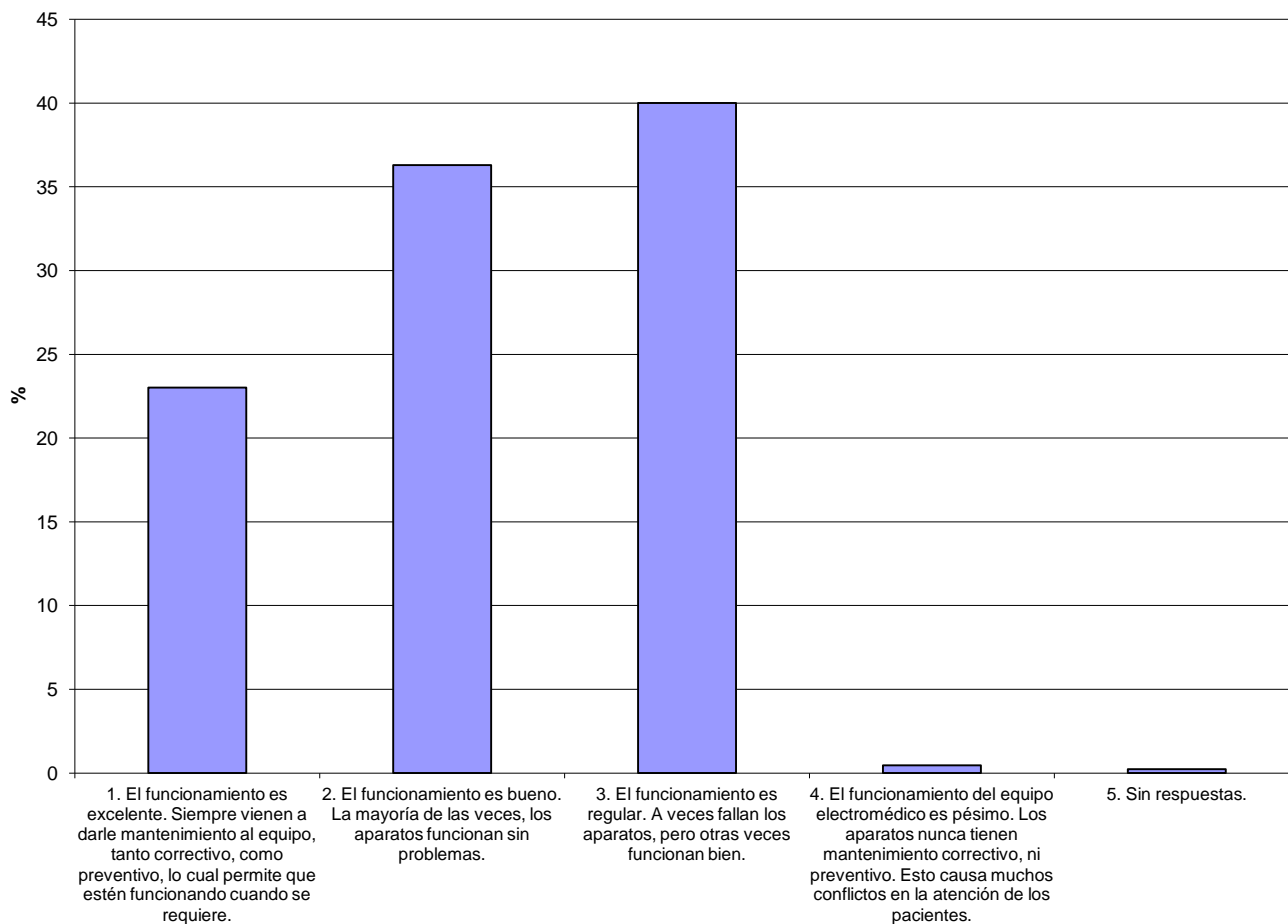
FUENTE: misma del cuadro No. 6.

CUADRO No. 7
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO AL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO EN
EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES				GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T	%	
1. El funcionamiento es excelente. Siempre vienen a darle mantenimiento al equipo, tanto correctivo, como preventivo, lo cual permite que estén funcionando cuando se requiere.	28	15.56	6	7.50	20	28.57	54	16.36	45	45	54	45	99	23.02	
2. El funcionamiento es bueno. La mayoría de las veces, los aparatos funcionan sin problemas.	63	35	28	35	28	40	119	36.08	37	37	119	37	156	36.29	
3. El funcionamiento es regular. A veces fallan los aparatos, pero otras veces funcionan bien.	88	48.89	46	57.50	20	28.58	154	46.66	18	18	54	18	172	40.00	
4. El funcionamiento del equipo electromédico es pésimo. Los aparatos nunca tienen mantenimiento correctivo, ni preventivo. Esto causa muchos conflictos en la atención de los pacientes.	0	0	0	0	2	2.85	2	0.60	0	0	2	0	2	0.46	
5. Sin respuestas.	1	0.55	0	0	0	0	1	0.30	0	0	1	0	1	0.23	
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100	

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 7
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO ELECTROMÉDICO EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 40% de las enfermeras y usuarios opinan que el funcionamiento del equipo electromédico es regular, en tanto el 0.46% de enfermeras y usuarios coinciden que el funcionamiento es pésimo.

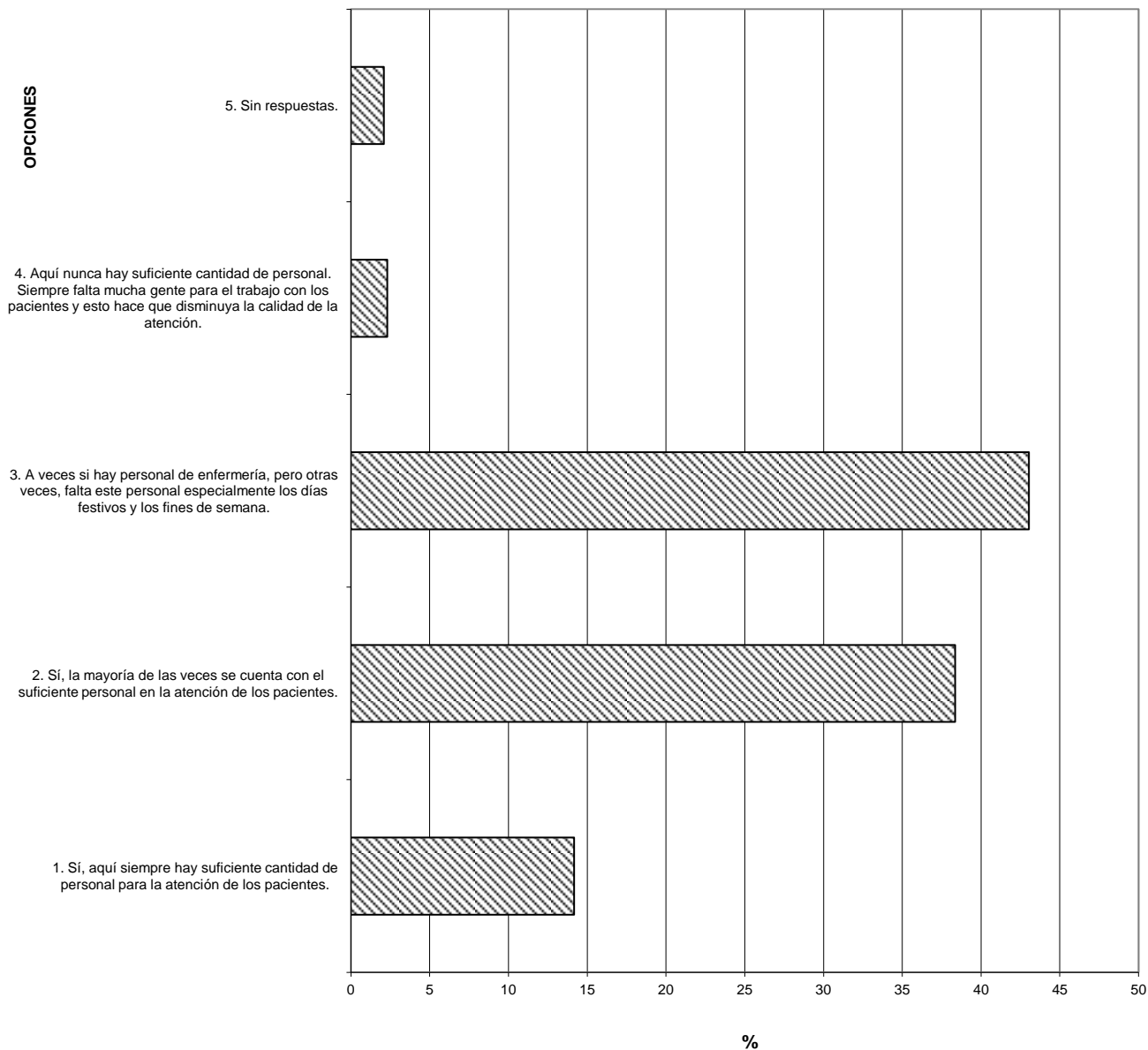
FUENTE: misma del cuadro No. 7

CUADRO No. 8
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN
EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES		GRAN TOTAL				
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, aquí siempre hay suficiente cantidad de personal para la atención de los pacientes.	15	8.34	6	7.50	11	15.78	32	9.69	29	29	32	29	61	14.18
2. Sí, la mayoría de las veces se cuenta con el suficiente personal en la atención de los pacientes.	66	36.67	24	30	20	28.59	110	33.33	55	55	110	55	165	38.37
3. A veces si hay personal de enfermería, pero otras veces, falta este personal especialmente los días festivos y los fines de semana.	95	52.78	48	60	26	37.18	169	51.21	16	16	169	16	185	43.04
4. Aquí nunca hay suficiente cantidad de personal. Siempre falta mucha gente para el trabajo con los pacientes y esto hace que disminuya la calidad de la atención.	0	0	2	2.50	8	11.28	10	3.05	0	0	10	0	10	2.32
5. Sin respuestas.	4	2.21	0	0	5	7.17	9	2.72	0	0	9	0	9	2.09
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No: 8
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE
DOTACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 43.04% de las enfermeras y usuarios opinan que a veces si hay personal y en otras ocasiones no, en tanto, el 2.32% del personal y usuarios opinan que nunca hay suficiente cantidad de personal y esto favorece la disminución de la calidad de la atención.

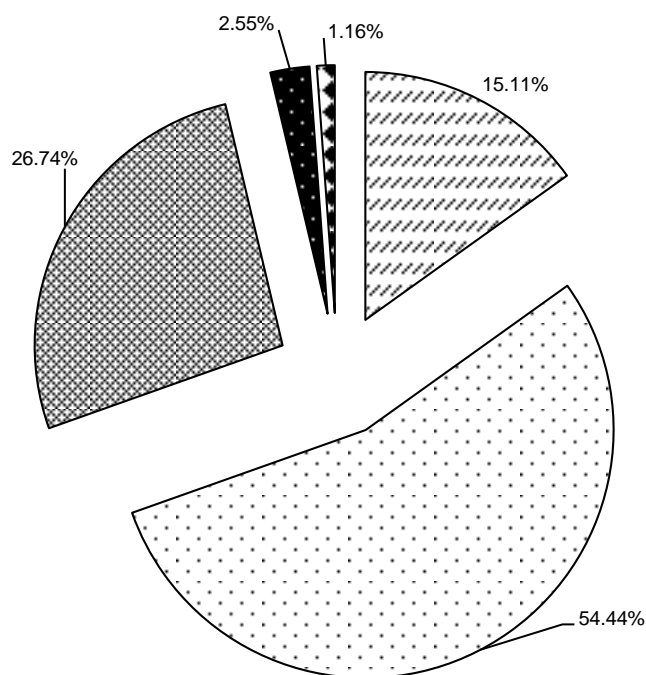
FUENTE: misma del cuadro No. 8.

CUADRONo. 9
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESTA CAPACITADO PARA LA
ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			%	F	%	ENF.	P.	G.T.
1. Sí, aquí todo el personal de enfermería está capacitado y adiestrado para brindar la más alta calidad de atención a los pacientes.	10	5.56	6	7.50	10	14.27	26	7.87	39	36	26	39	65	15.11
2. Sí, aquí el personal de enfermería está capacitado.	132	73.34	24	30	27	38.57	183	55.45	51	51	183	51	234	54.44
3. A veces el personal de enfermería si está capacitado, pero creo que otras veces, les falta capacitación.	36	20	48	60	23	32.85	107	32.42	8	8	107	8	115	26.7
4. No, aquí el personal de enfermería le falta capacitación y adiestramiento en las técnicas y procedimientos para brindar la calidad de atención necesaria a los pacientes.	0	0	2	2.50	9	12.85	11	3.33	0	0	11	0	11	2.55
5. Sin respuestas.	2	1.10	0	0	1	1.45	3	0.93	2	2	3	2	5	1.16
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 9
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ESTA CAPACITADO PARA LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



- ▣ 1. Sí, aquí todo el personal de enfermería está capacitado y adiestrado para brindar la más alta calidad de atención a los pacientes.
- ▣ 2. Sí, aquí el personal de enfermería está capacitado.
- ▣ 3. A veces el personal de enfermería si está capacitado, pero creo que otras veces, les falta capacitación.
- 4. No, aquí el personal de enfermería le falta capacitación y adiestramiento en las técnicas y procedimientos para brindar la calidad de atención necesaria a los pacientes.
- ▣ 5. Sin respuestas.

OBSERVACIONES: El 54.44% de las enfermeras y usuarios consideran que el personal de enfermería si está capacitado, en tanto el 2.55% opina que el personal de enfermería le falta capacitación.

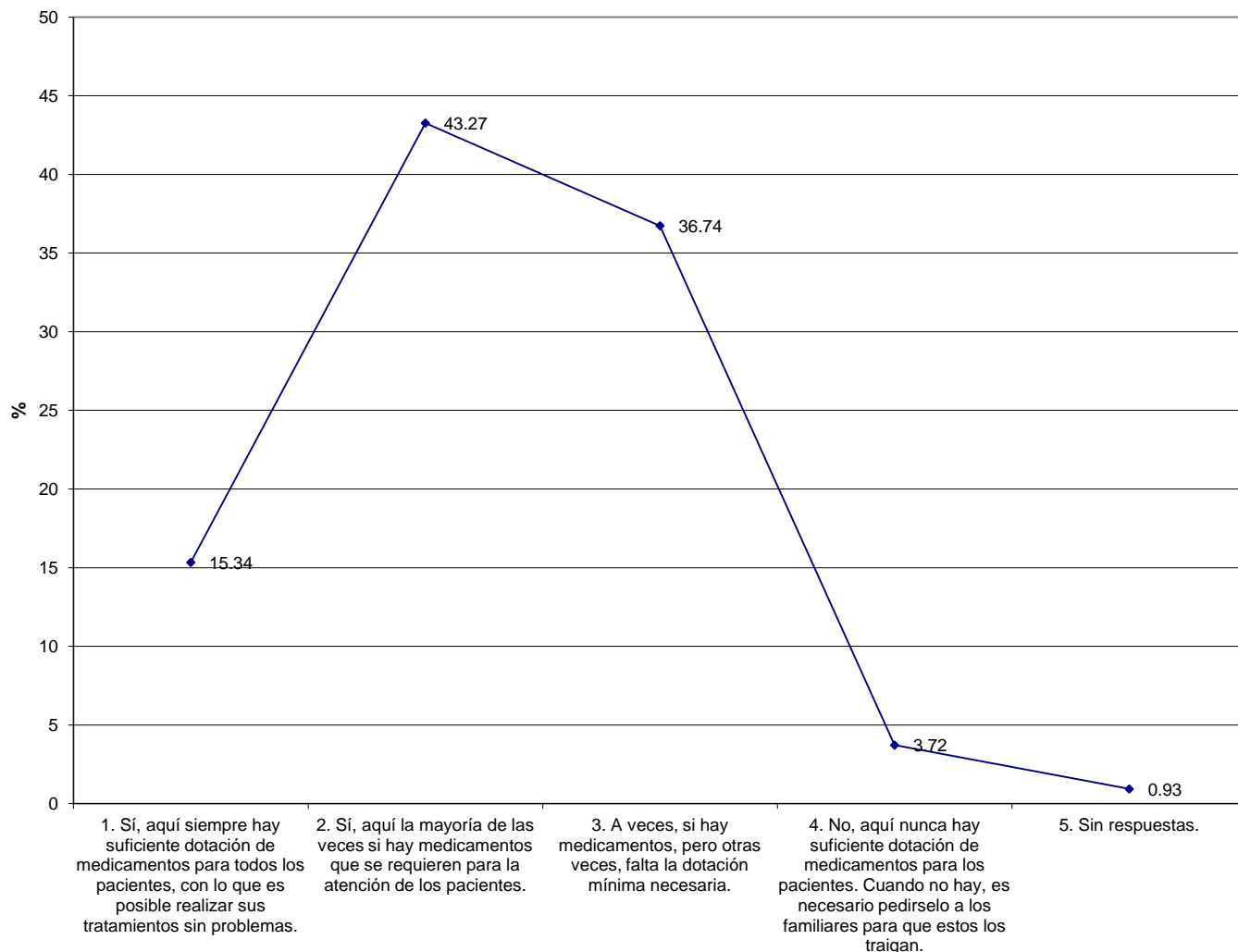
FUENTE: misma del cuadro No. 9.

CUADRO No. 10
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS
SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES			GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de medicamentos para todos los pacientes, con lo que es posible realizar sus tratamientos sin problemas.	15	8.34	4	5	8	11.42	27	8.18	39	39	27	39	66	15.34
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si hay medicamentos que se requieren para la atención de los pacientes.	84	46.67	26	32.50	24	34.28	134	40.60	52	52	134	52	186	43.27
3. A veces, si hay medicamentos, pero otras veces, falta la dotación mínima necesaria.	72	40	48	60	30	42.85	150	45.45	8	8	150	8	158	36.74
4. No, aquí nunca hay suficiente dotación de medicamentos para los pacientes. Cuando no hay, es necesario pedirselo a los familiares para que estos los traigan.	7	3.89	2	2.50	7	10	16	4.84	0	0	16	0	16	3.72
5. Sin respuestas.	2	1.10	0	0	1	1.45	3	0.93	1	1	3	1	4	0.93
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 10
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 43.27% de las enfermeras y usuarios opinan que la mayoría de las veces si hay medicamentos, en tanto el 3.72% del personal de enfermería y usuarios opinan que nunca hay suficiente dotación de medicamentos para atender a los pacientes.

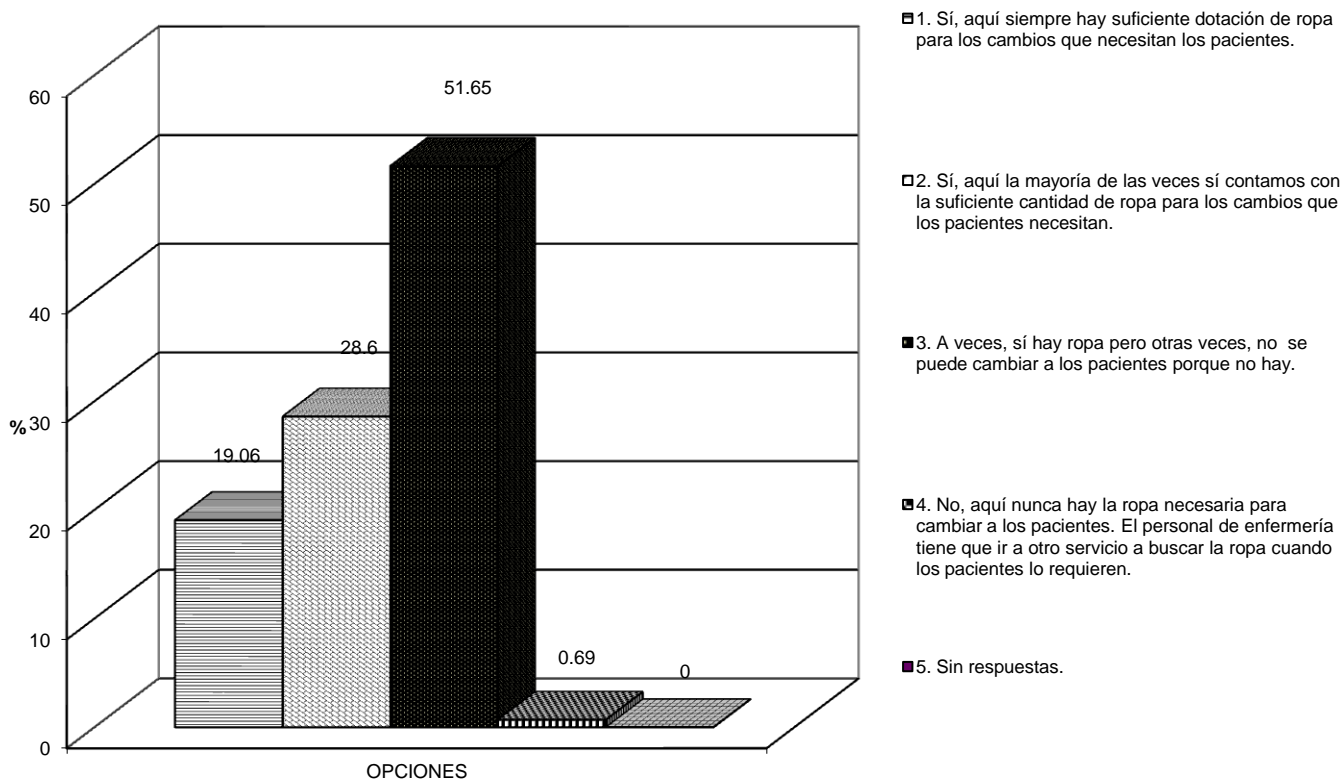
FUENTE: misma del cuadro No. 10.

CUADRO No. 11
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE ROPA EN LOS SERVICIOS, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de ropa para los cambios que necesitan los pacientes.	15	8.34	6	7.50	17	24.28	38	11.51	44	44	38	44	82	19.06
2. Sí, aquí la mayoría de las veces sí contamos con la suficiente cantidad de ropa para los cambios que los pacientes necesitan.	18	10	34	42.50	22	31.44	74	22.42	49	49	74	49	123	28.6
3. A veces, sí hay ropa pero otras veces, no se puede cambiar a los pacientes porque no hay.	147	81.66	40	50	28	40	215	65.15	7	7	215	7	222	51.65
4. No, aquí nunca hay la ropa necesaria para cambiar a los pacientes. El personal de enfermería tiene que ir a otro servicio a buscar la ropa cuando los pacientes lo requieren.	0	0	0	0	3	4.28	3	0.92	0	0	3	0	3	0.69
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 11
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE SUFICIENTE
DOTACIÓN DE ROPA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 51.65% del personal de enfermería y usuarios opinan que a veces si hay ropa pero otras veces no, en tanto el 0.69% consideran que no hay la suficiente dotación de ropa.

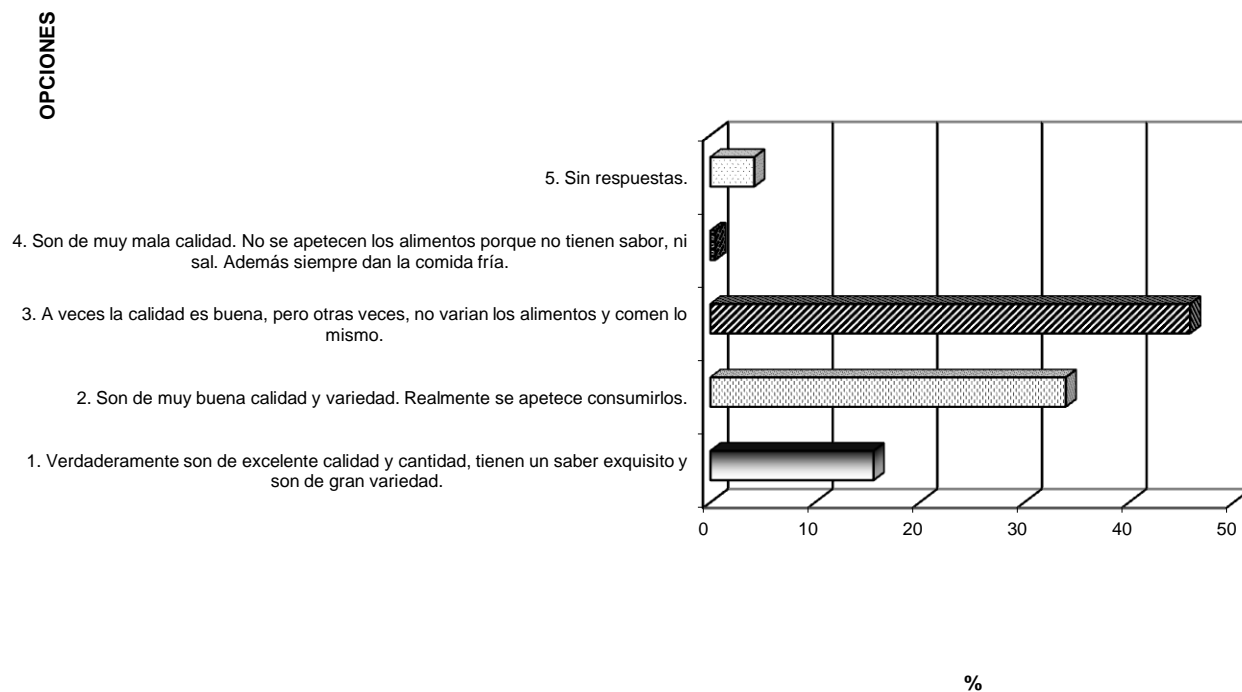
FUENTE: misma del cuadro No. 11.

CUADRO No. 12
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Verdaderamente son de excelente calidad y cantidad, tienen un saber exquisito y son de gran variedad.	24	13.34	4	5	9	12.87	37	11.21	30	30	37	30	67	15.58
2. Son de muy buena calidad y variedad. Realmente se apetece consumirlos.	37	20.55	36	45	20	28.57	93	28.18	53	53	93	53	146	33.95
3. A veces la calidad es buena, pero otras veces, no varían los alimentos y comen lo mismo.	113	62.77	38	47.50	31	44.28	182	55.15	15	15	182	15	197	45.83
4. Son de muy mala calidad. No se apetece los alimentos porque no tienen sabor, ni sal. Además siempre dan la comida fría.	0	0	2	2.50	0	0	2	0.62	0	0	2	0	2	0.46
5. Sin respuestas.	6	3.34	0	0	10	14.28	16	4.84	2	2	16	2	18	4.18
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 12
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CALIDAD DE LOS ALIMENTOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OBSERVACIONES: El 45.83% de las enfermeras y usuarios consideran que la calidad de los alimentos es buena, pero en ocasiones no, en tanto el 0.46% dice que son de mala calidad, no tiene sabor, ni sal y la sirven fría.

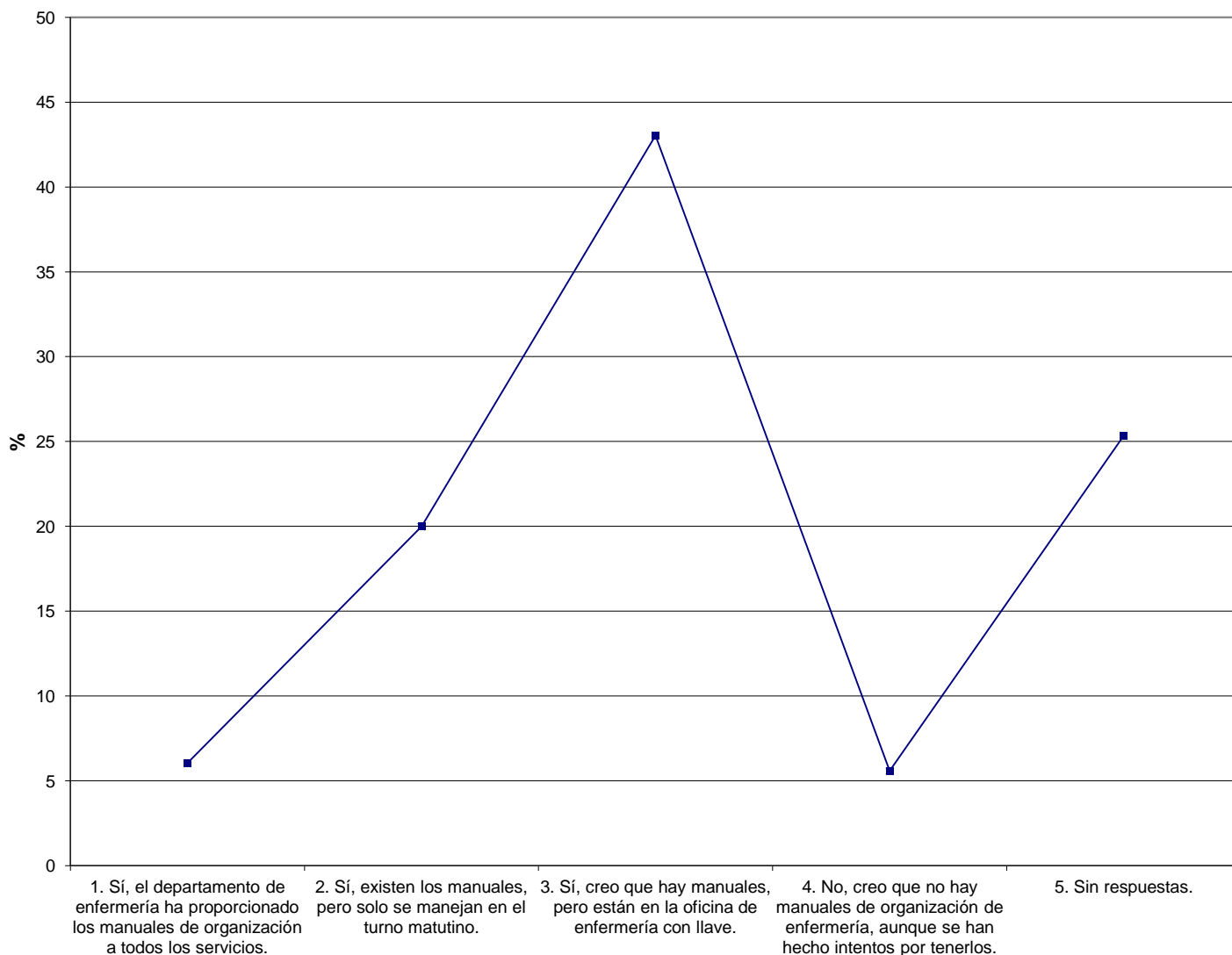
FUENTE: misma del cuadro No. 12.

CUADRO No. 13
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN TORNO A SI
EXISTEN MANUALES DE ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, el departamento de enfermería ha proporcionado los manuales de organización a todos los servicios.	11	6.12	4	5	11	15.71	26	7.87	0	0	26	0	26	6.04
2. Sí, existen los manuales, pero solo se manejan en el turno matutino.	30	16.67	36	45	20	28.57	86	26.06	0	0	86	0	86	20
3. Sí, creo que hay manuales, pero están en la oficina de enfermería con llave.	112	52.22	38	47.50	35	50	185	56.08	0	0	185	0	185	43.04
4. No, creo que no hay manuales de organización de enfermería, aunque se han hecho intentos por tenerlos.	22	12.22	2	2.50	0	0	24	7.27	0	0	24	0	24	5.58
5. Sin respuestas.	5	2.77	0	0	4	5.72	9	2.72	0	0	9	0	109	25.34
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 13
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN TORNO A SI EXISTEN MANUALES DE ORGANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 43.04% de enfermeras opinan que si hay manuales, pero que están en la oficina de enfermería, en tanto el 5.58% opina que no hay manuales.

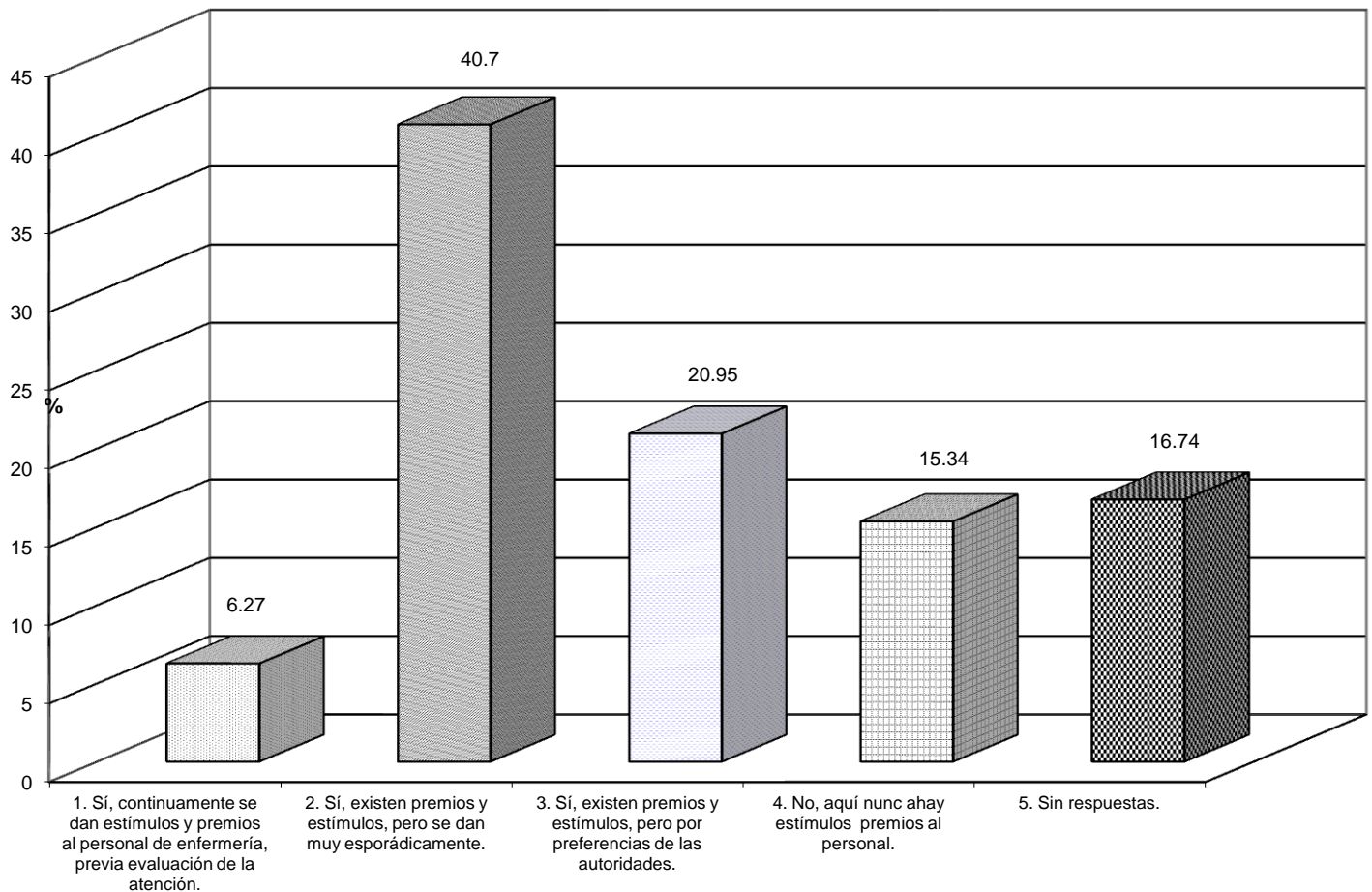
FUENTE: misma del cuadro No. 13

CUADRONo. 14
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA EXISTENCIA DE ESTÍMULOS Y PREMIOS AL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, continuamente se dan estímulos y premios al personal de enfermería, previa evaluación de la atención.	13	7.22	6	7.50	8	11.42	27	8.18	0	0	27	0	27	6.27
2. Sí, existen premios y estímulos, pero se dan muy esporádicamente.	118	65.55	30	37.50	22	31.42	170	51.51	5	5	170	5	175	40.7
3. Sí, existen premios y estímulos, pero por preferencias de las autoridades.	17	9.45	40	50	33	47.14	90	27.27	0	0	90	0	90	20.95
4. No, aquí nunc ahay estímulos premios al personal.	25	13.89	4	5	5	7.14	34	10.30	32	32	34	32	66	15.34
5. Sin respuestas.	7	3.89	0	0	2	2.88	9	2.74	63	63	9	63	72	16.74
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100		100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 14
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ESTÍMULOS Y PREMIOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 40.70% de enfermeras y usuarios dicen que si hay premio y estímulos, pero se dan muy esporádicamente, en tanto, el 6.27% del personal y pacientes opinan que si dan premios y estímulos previa evaluación de la calidad de la atención.

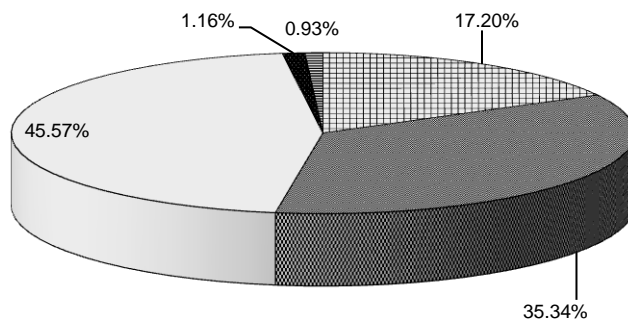
FUENTE: misma del cuadro No. 14.

CUADRO No. 15
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA EXISTENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y
ACTIVIDADES QUE SE DESEMPEÑAN EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, creo que desde mi ingreso al hospital conocemos las rutinas, funciones y actividades que se deben desempeñar en los servicios.	25	13.89	4	5	18	25.73	47	14.24	27	27	47	27	74	17.20
2. Sí, la mayoría del personal si conoce las funciones y actividades para el desempeño de su trabajo.	32	17.78	34	42.50	20	28.57	86	26.06	66	66	86	66	152	35.34
3. A veces creo que solo en algunos turnos se conocen cabalmente las funciones y actividades, pero en otros turnos, no se conocen tanto.	123	68.33	40	50	27	38.57	190	57.57	5	5	190	5	195	45.57
4. No, creo que nadie conoce perfectamente las funciones y actividades. Todas las rutinas de enfermería tienen problemas en su desarrollo y ejecución.	0	0	2	2.50	3	4.28	5	1.53	0	0	5	0	5	1.16
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	2	2.85	2	0.60	2	2	2	2	4	0.93
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 15
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DEL CONOCIMIENTO DE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑAN EN LOS SERVICIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
 2012



- 1. Sí, creo que desde mi ingreso al hospital conocemos las rutinas, funciones y actividades que se deben desempeñar en los servicios.
- 2. Sí, la mayoría del personal si conoce las funciones y actividades para el desempeño de su trabajo.
- 3. A veces creo que solo en algunos turnos se conocen cabalmente las funciones y actividades, pero en otros turnos, no se conocen tanto.
- 4. No, creo que nadie conoce perfectamente las funciones y actividades. Todas las rutinas de enfermería tienen problemas en su desarrollo y ejecución.
- 5. Sin respuestas.

OBSERVACIONES: El 45.37% del personal de enfermería y usuarios opinan que solo en algunos turnos conocen cabalmente las funciones y actividades, pero que en otros turnos no se conocen, en tanto que el 1.16% de ellos consideran que no se conocen cabalmente las funciones.

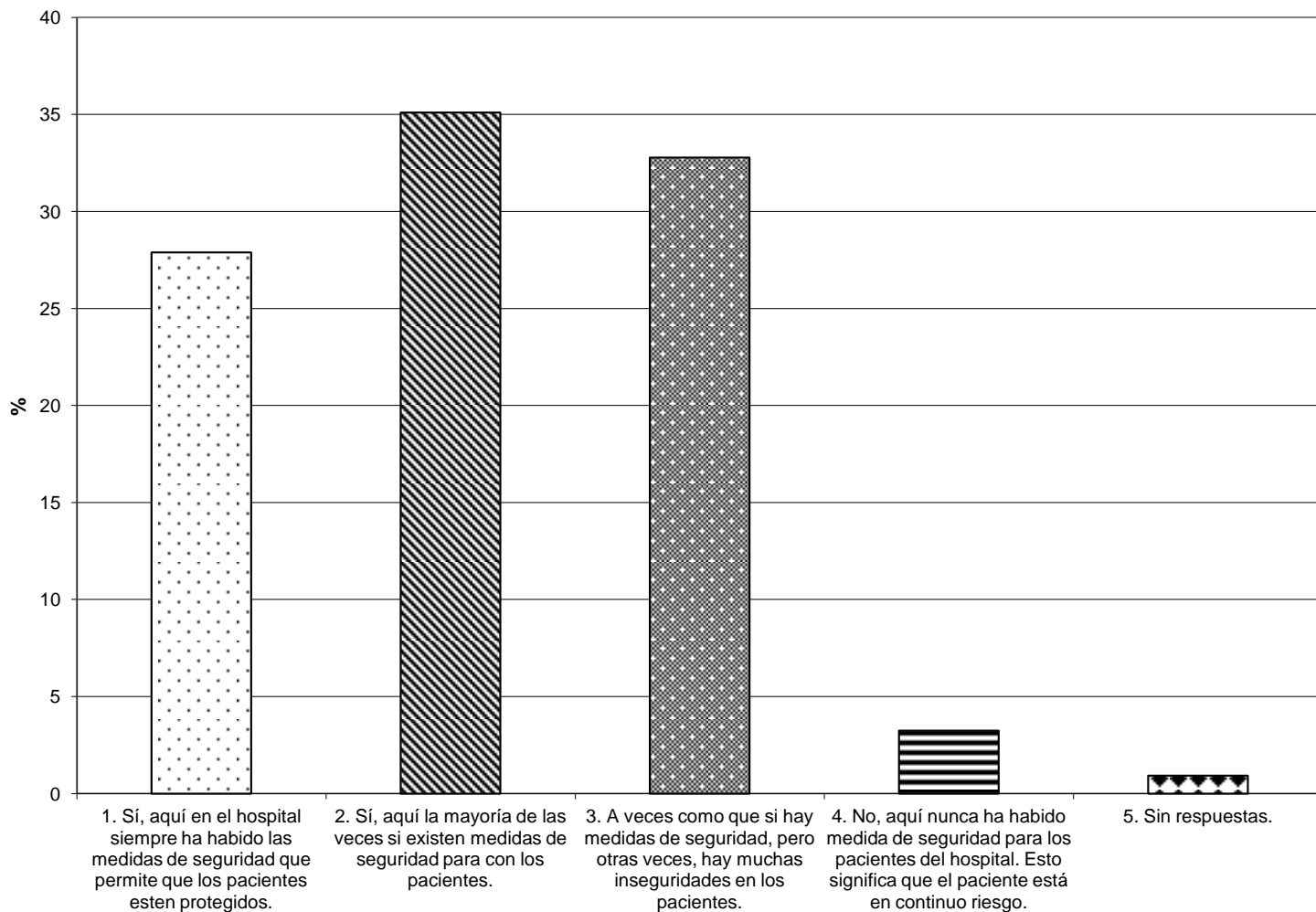
FUENTE: misma del cuadro No. 15.

CUADRO No. 16
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA EXISTENCIA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES EN LOS
SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, aquí en el hospital siempre ha habido las medidas de seguridad que permite que los pacientes esten protegidos.	57	31.68	4	5	9	12.87	70	21.21	50	50	70	50	120	27.9
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si existen medidas de seguridad para con los pacientes.	43	23.89	34	42.50	26	37.14	103	31.21	48	48	103	48	151	35.11
3. A veces como que si hay medidas de seguridad, pero otras veces, hay muchas inseguridades en los pacientes.	73	40.55	38	47.50	28	40	139	42.12	2	2	139	2	141	32.79
4. No, aquí nunca ha habido medida de seguridad para los pacientes del hospital. Esto significa que el paciente está en continuo riesgo.	5	2.77	4	5	5	7.14	14	4.24	0	0	14	0	14	3.25
5. Sin respuestas.	2	1.10	0	0	2	2.85	4	1.22	0	0	4	0	4	0.93
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 16
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE MEDIDAS DE
SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 35.11% del personal de enfermería y usuarios dicen que la mayoría de las veces si existen medidas de seguridad para los pacientes, en tanto 3.25% de ellos opinan que no hay medidas de seguridad para los pacientes.

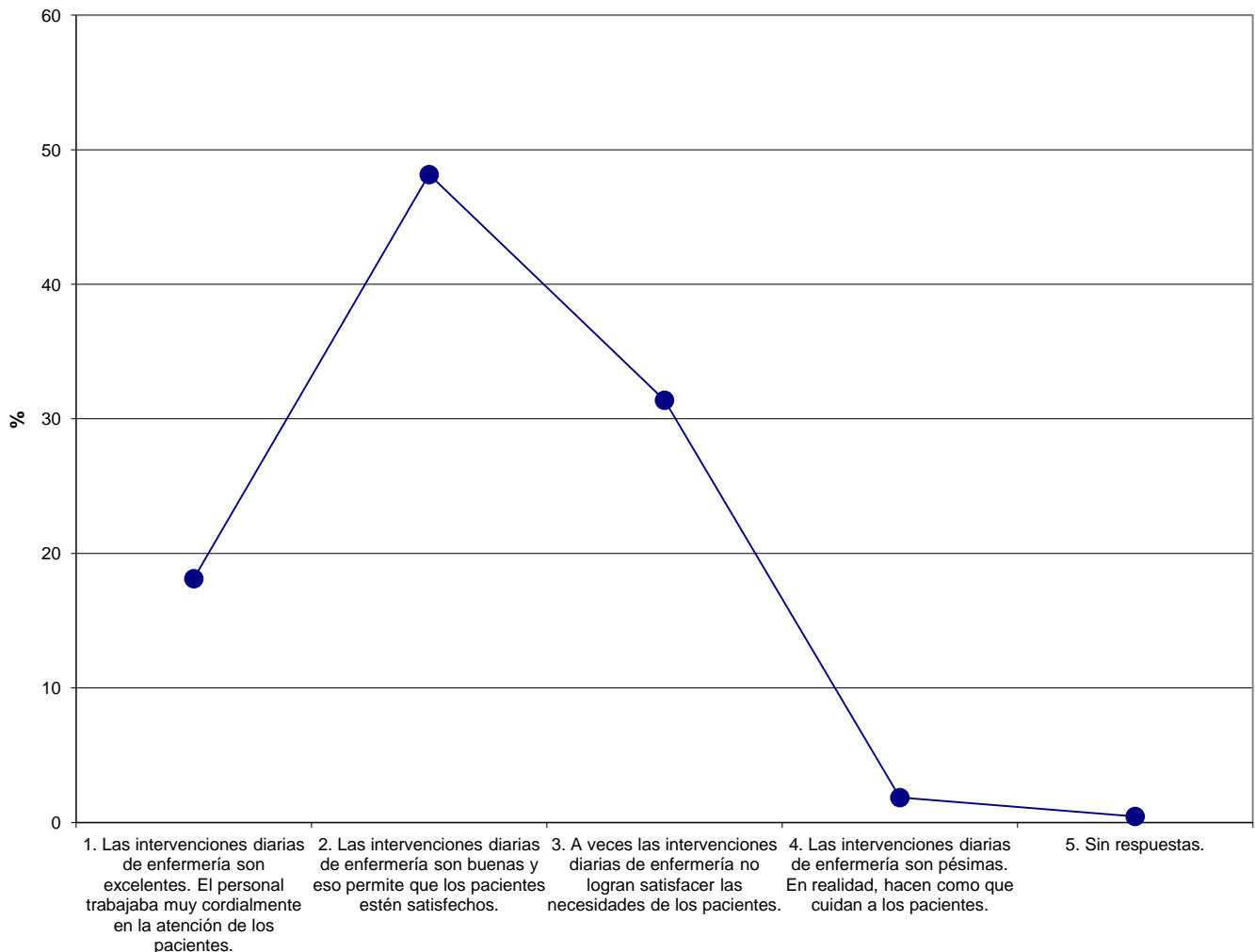
FUENTE: misma del cuadro No. 16.

CUADRONo. 17
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LAS INTERVENCIONES DIARIAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN
EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Las intervenciones diarias de enfermería son excelentes. El personal trabajaba muy cordialmente en la atención de los pacientes.	37	20.55	6	7.50	11	15.71	54	16.36	24	24	54	24	78	18.13
2. Las intervenciones diarias de enfermería son buenas y eso permite que los pacientes estén satisfechos.	96	53.35	21	26.25	23	32.85	140	42.42	67	67	140	67	207	48.16
3. A veces las intervenciones diarias de enfermería no logran satisfacer las necesidades de los pacientes.	46	25.55	50	62.50	30	42.86	126	38.18	9	9	126	9	135	31.39
4. Las intervenciones diarias de enfermería son pésimas. En realidad, hacen como que cuidan a los pacientes.	0	0	2	2.50	6	8.58	8	2.44	0	0	8	0	8	1.86
5. Sin respuestas.	1	0.55	1	1.25	0	0	2	0.60	0	0	2	0	2	0.46
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 17
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LAS INTERVENCIONES DIARIAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 48.16% del personal de enfermería y usuarios opinan que las intervenciones diarias de enfermería son buenas y esto permite que los pacientes estén satisfechos, en tanto que el 1.86% de ellos dicen que las intervenciones del personal son pésimas y los pacientes no están satisfechos.

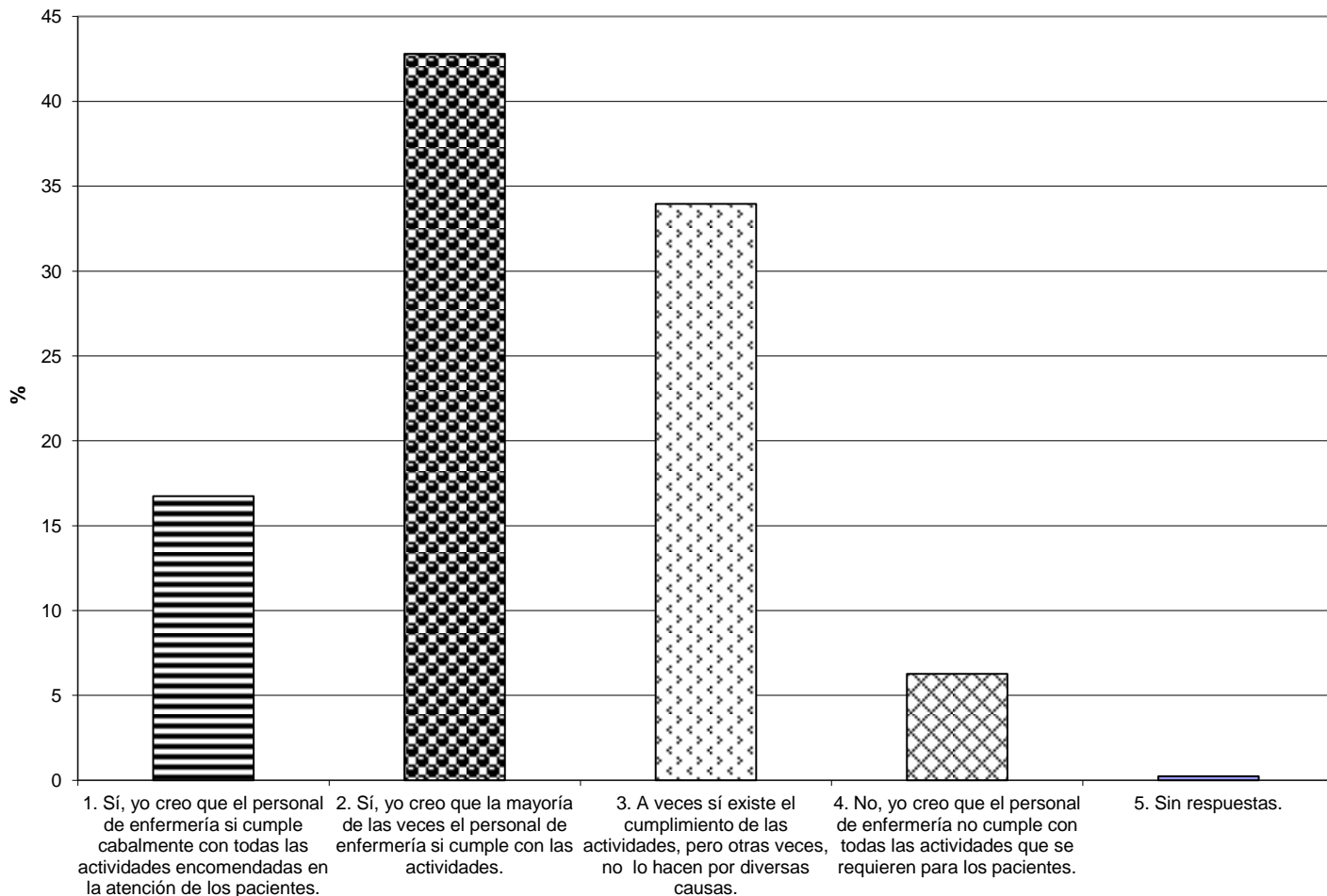
FUENTE: misma del cuadro No. 17.

CUADRONo. 18
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN
LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES			GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, yo creo que el personal de enfermería si cumple cabalmente con todas las actividades encomendadas en la atención de los pacientes.	28	15.55	4	5	9	12.87	41	12.42	31	31	41	31	72	16.74
2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal de enfermería si cumple con las actividades.	62	34.45	36	45	23	32.85	121	36.66	63	63	121	63	184	42.80
3. A veces sí existe el cumplimiento de las actividades, pero otras veces, no lo hacen por diversas causas.	72	40	38	47.50	30	42.5	140	42.42	6	6	130	6	146	33.96
4. No, yo creo que el personal de enfermería no cumple con todas las actividades que se requieren para los pacientes.	18	10	2	2.50	7	10	27	8.18	0	0	27	0	27	6.27
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	1	1.43	1	0.32	0	0	1	0	1	0.23
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 18
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 42.80% del personal de enfermería y usuarios dicen que el cumplimiento de las actividades técnicas de enfermería son buenas la mayoría de las veces, en tanto el 6.27% de ellos opinan que el personal de enfermería no cumple con todas las actividades diarias.

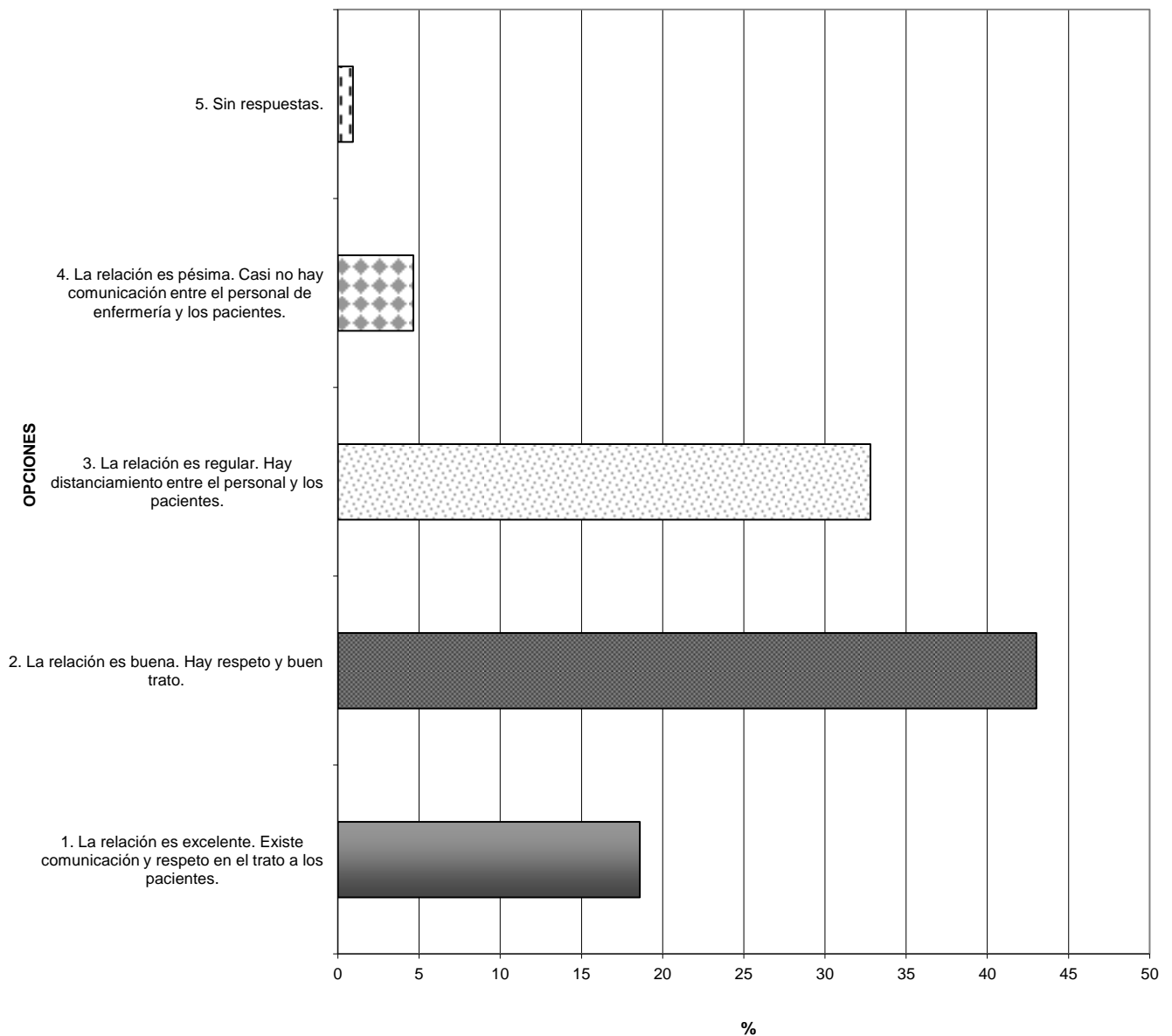
FUENTE: misma del cuadro No. 18

CUADRO No. 19
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LOS SERVICIOS, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. La relación es excelente. Existe comunicación y respeto en el trato a los pacientes.	36	20	6	7.50	7	10	49	14.84	31	31	49	31	80	18.60
2. La relación es buena. Hay respeto y buen trato.	72	40	30	37.50	19	27.15	121	36.66	64	64	121	64	185	43.02
3. La relación es regular. Hay distanciamiento entre el personal y los pacientes.	62	34.44	38	47.50	37	52.85	137	41.51	4	4	137	4	141	32.80
4. La relación es pésima. Casi no hay comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes.	10	5.56	6	7.50	4	5.72	20	6.06	0	0	20	0	20	4.65
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	3	4.28	3	0.93	1	1	3	1	4	0.93
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 19
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA RELACIÓN
ENFERMERA-PACIENTE EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 43.02% del personal de enfermería y usuarios dicen que la relación enfermera-paciente es buena, hay respeto y buen trato, en tanto el 4.65% opinan que la relación enfermera-paciente es pésima que casi no hay comunicación.

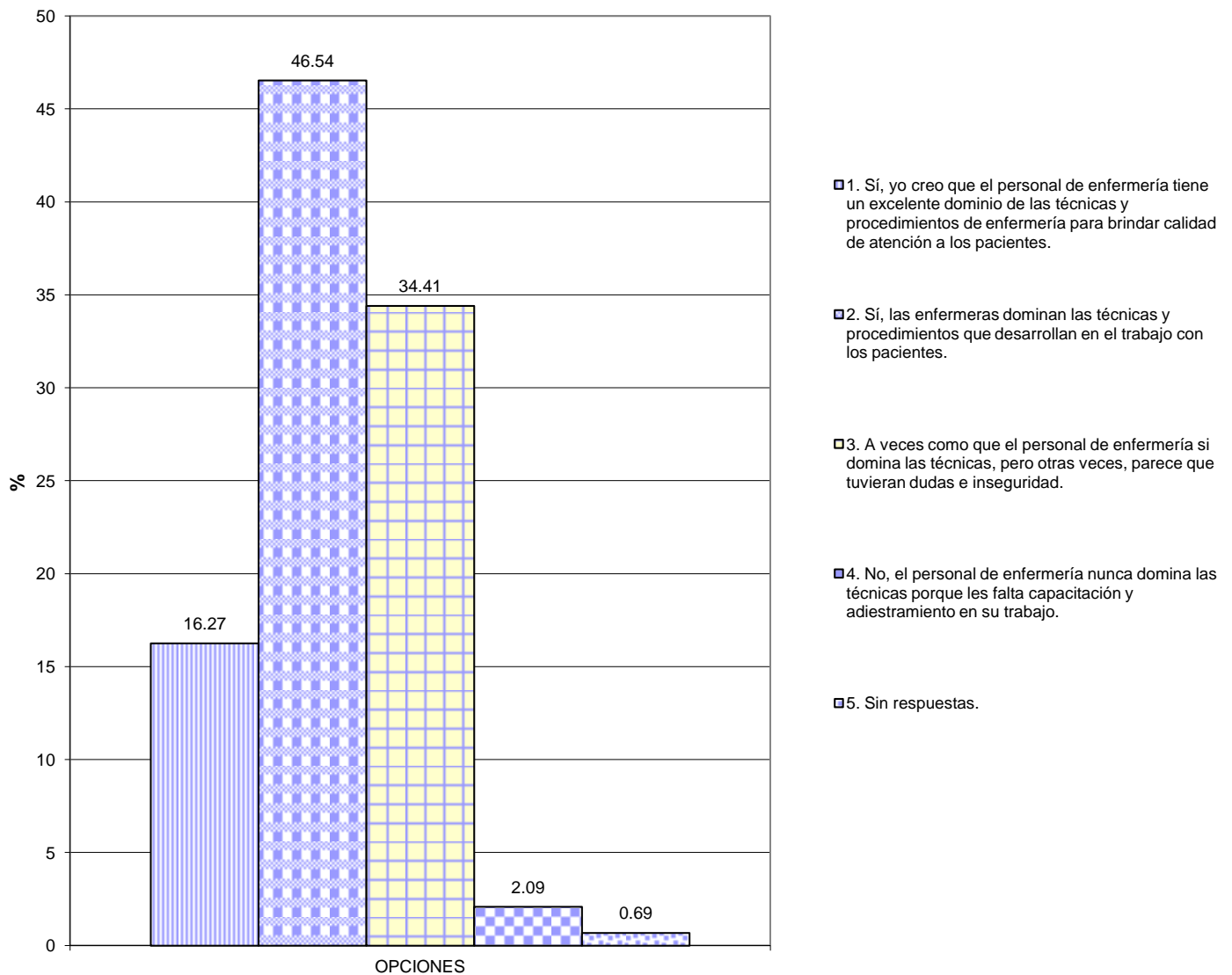
FUENTE: misma del cuadro No. 19.

CUADRO No. 20
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO AL DOMINIO DE LAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS POR EL PERSONAL
DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, yo creo que el personal de enfermería tiene un excelente dominio de las técnicas y procedimientos de enfermería para brindar calidad de atención a los pacientes.	22	12.23	6	7.50	13	18.58	41	12.42	29	29	41	29	70	16.27
2. Sí, las enfermeras dominan las técnicas y procedimientos que desarrollan en el trabajo con los pacientes.	83	46.10	28	35	23	32.85	134	40.60	66	66	134	66	200	46.54
3. A veces como que el personal de enfermería si domina las técnicas, pero otras veces, parece que tuvieron dudas e inseguridad.	75	41.67	42	52.50	27	38.57	144	43.63	4	4	144	4	148	34.41
4. No, el personal de enfermería nunca domina las técnicas porque les falta capacitación y adiestramiento en su trabajo.	0	0	4	5	5	7.15	9	2.72	0	0	9	0	9	2.09
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	2	2.85	2	0.63	1	1	2	1	3	0.69
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 20
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL DOMINIO DE LAS
TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 46.54% del personal de enfermería y usuarios opinan que las enfermeras dominan las técnicas y procedimientos, en tanto el 2.09% dicen que las enfermeras no tienen dominio de las técnicas porque falta capacitación.

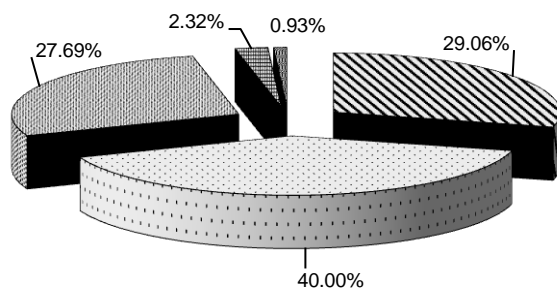
FUENTE: misma del cuadro No. 20.

CUADRO No. 21
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LAS CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN
LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. La relación es excelente. Es muy positiva y esto permite la interacción en beneficio de los pacientes.	86	47.78	6	8	7	10	99	30	26	26	99	26	125	29.06
2. La relación es buena. Con esto se logra la coepración de los pacientes en su tratamiento.	42	23.34	34	42.50	25	35.72	101	30.60	71	71	101	71	172	40.00
3. La relación enfermera-paciente es regular. Está sujeta a la cantidad de trabajo que tenga el personal.	51	28.33	38	47.50	27	38.57	116	35.15	3	3	116	3	119	27.69
4. La relación enfermera-paciente es deficiente. Casi no hay comunicación pero si mucho trabajo.	0	0	2	2.50	8	11.43	10	3.03	0	0	10	0	10	2.32
5. Sin respuestas.	1	0.55	0	0	3	4.28	4	1.22	0	0	4	0	4	0.93
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 21
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LAS
CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE EN LOS SERVICIOS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



- 1. La relación es excelente. Es muy positiva y esto permite la interacción en beneficio de los pacientes.
- 2. La relación es buena. Con esto se logra la coepración de los pacientes en su tratamiento.
- 3. La relación enfermera-paciente es regular. Está sujeta a la cantidad de trabajo que tenga el personal.
- 4. La relación enfermera-paciente es deficiente. Casi no hay comunicación pero si mucho trabajo.
- 5. Sin respuestas.

OBSERVACIONES: El 40% del personal de enfermería y usuarios opinan que la relación es buena con lo que se logra la cooperación de los pacientes, en tanto el 2.32% de ellos dicen que las características de la relación es deficiente ya que no hay comunicación pero si mucho trabajo.

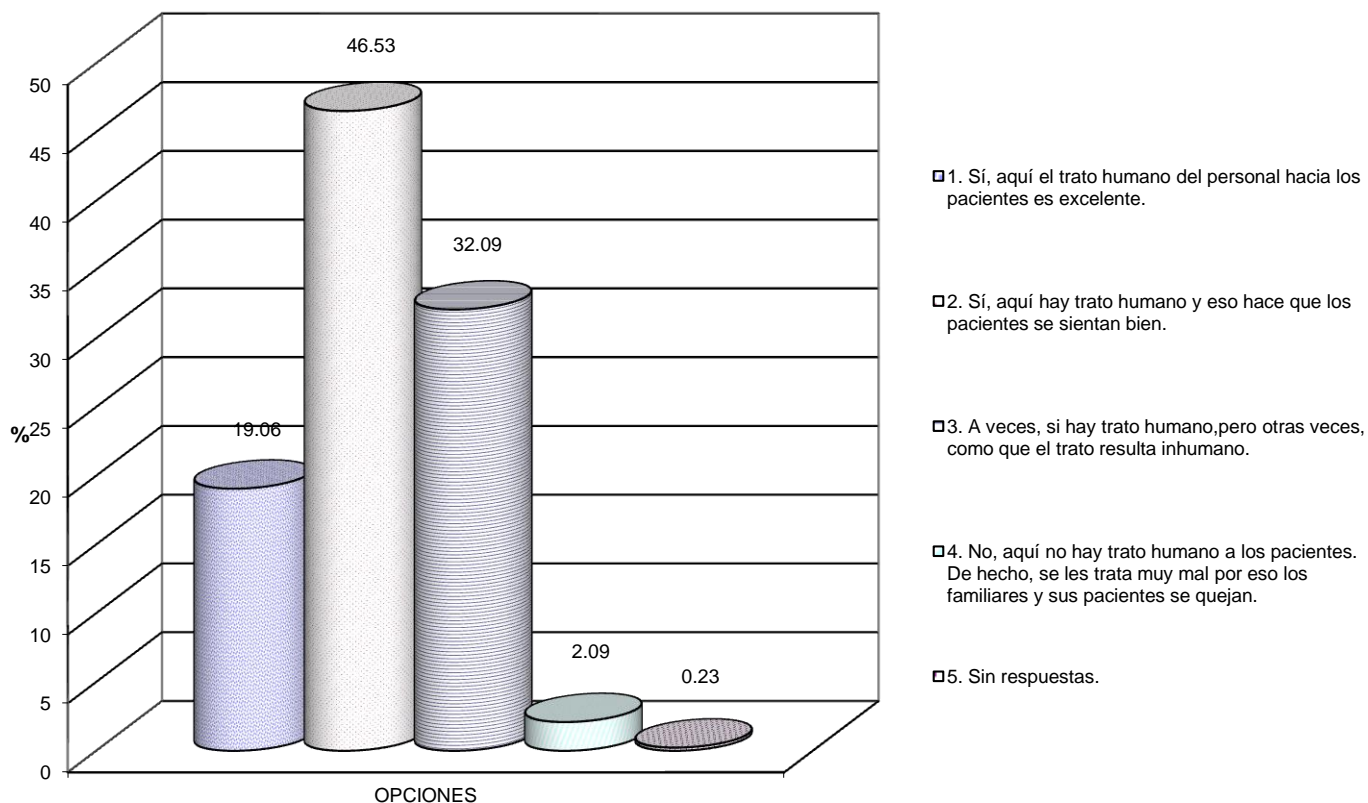
FUENTE: misma del cuadro No. 21.

CUADRO No. 22
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL HACIA
LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, aquí el trato humano del personal hacia los pacientes es excelente.	34	18.89	6	7.50	9	12.86	49	14.84	33	33	49	33	82	19.06
2. Sí, aquí hay trato humano y eso hace que los pacientes se sientan bien.	82	45.55	28	35	24	34.28	134	40.60	66	66	134	66	200	46.53
3. A veces, si hay trato humano, pero otras veces, como que el trato resulta inhumano.	64	35.56	42	52.50	31	44.28	137	41.51	1	1	137	1	138	32.09
4. No, aquí no hay trato humano a los pacientes. De hecho, se les trata muy mal por eso los familiares y sus pacientes se quejan.	0	0	4	5	5	7.14	9	2.72	0	0	9	0	9	2.09
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	1	1.44	1	0.33	0	0	1	0	1	0.23
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	0	430	100

FUENTE: misma del cuadro No.1.

GRÁFICA No. 22
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OBSERVACIONES: El 46.53% de las enfermeras y usuarios opinan que hay buen trato humano del personal hacia los pacientes, en tanto el 2.09% de ellos dicen que no hay trato humano que se trata mal por eso los pacientes y familiares se quejan.

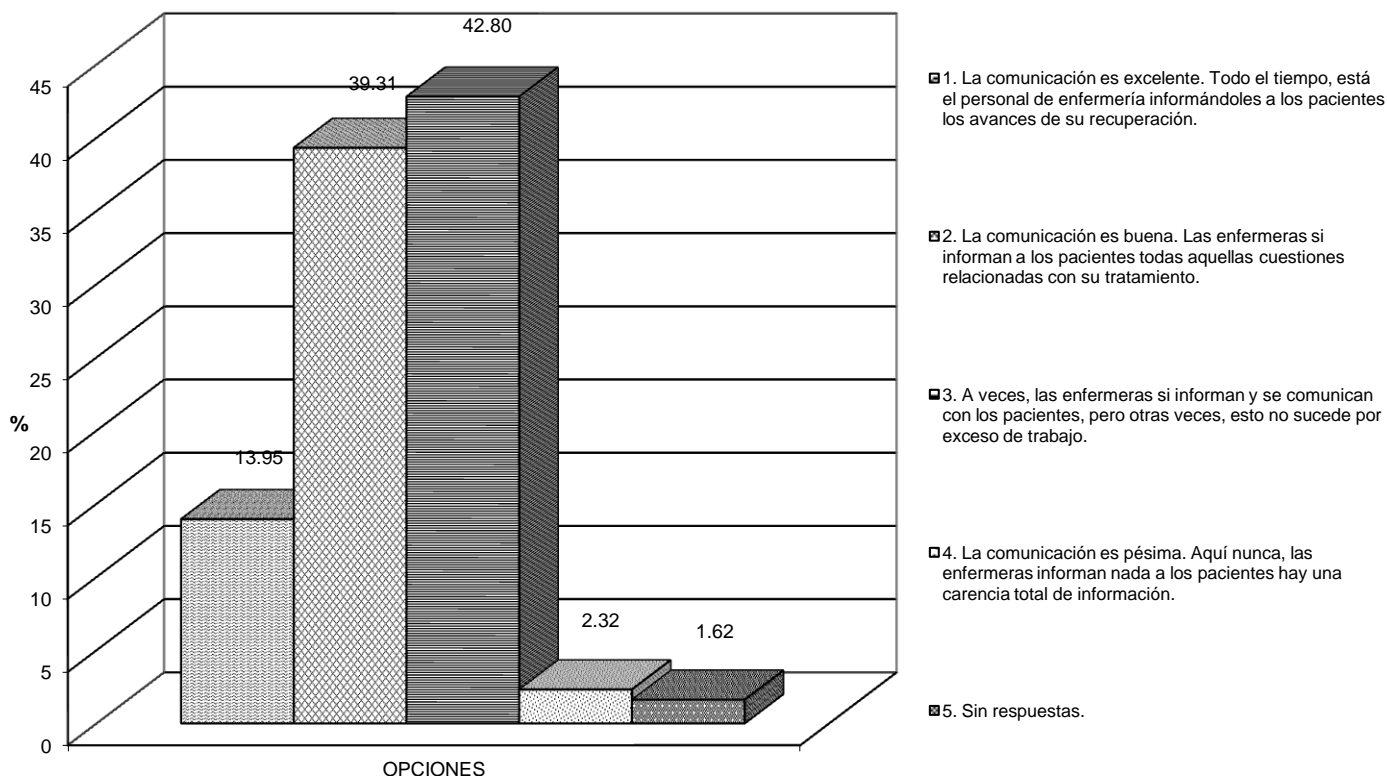
FUENTE: misma del cuadro No. 22.

CUADRO No. 23
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA COMUNICACIÓN ENTRE LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES, EN
LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. La comunicación es excelente. Todo el tiempo, está el personal de enfermería informándoles a los pacientes los avances de su recuperación.	22	12.23	4	5	6	8.57	32	9.69	28	28	32	28	60	13.95
2. La comunicación es buena. Las enfermeras si informan a los pacientes todas aquellas cuestiones relacionadas con su tratamiento.	50	27.78	34	42.50	20	28.58	104	31.51	65	65	104	65	169	39.31
3. A veces, las enfermeras si informan y se comunican con los pacientes, pero otras veces, esto no sucede por exceso de trabajo.	103	57.23	36	45	38	54.28	177	53.63	7	7	177	7	184	42.80
4. La comunicación es pésima. Aquí nunca, las enfermeras informan nada a los pacientes hay una carencia total de información.	0	0	6	7.50	4	5.73	10	3.03	0	0	10	0	10	2.32
5. Sin respuestas.	5	2.76	0	0	2	2.84	7	2.14	0	0	7	0	7	1.62
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 23
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA COMUNICACIÓN
ENTRE LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 42.80% de las enfermeras y los usuarios, dicen que el personal de enfermería si informan y se comunican con los pacientes, pero en otras veces no sucede por exceso de trabajo, en tanto el 2.32% de ellos dicen que la comunicación es pésima que las enfermeras no informan nada.

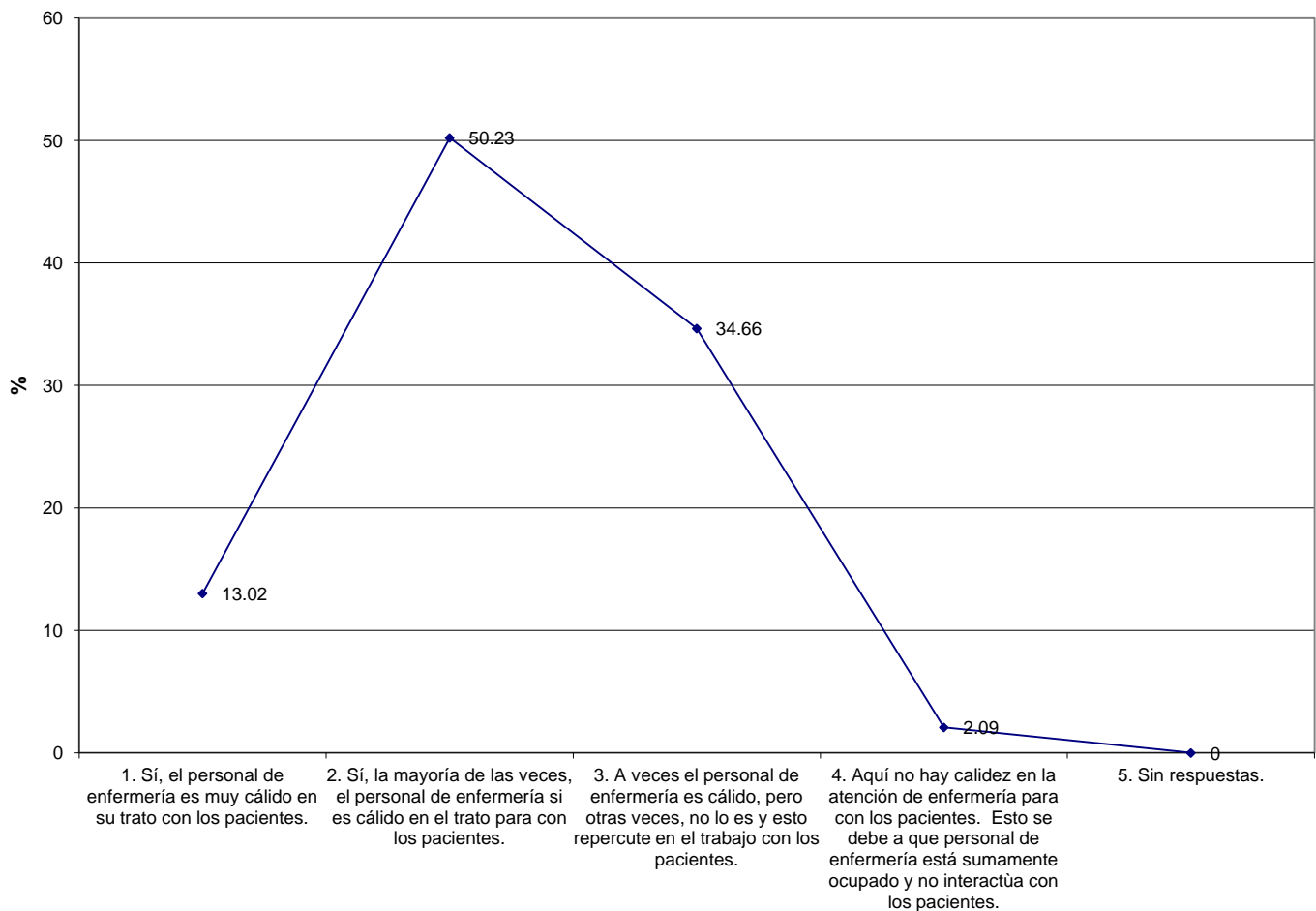
FUENTE: misma del cuadro No. 23.

CUADRO No. 24
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA CALIDEZ DE LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS
PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T	%
1. Sí, el personal de enfermería es muy cálido en su trato con los pacientes.	24	44	6	7.50	1	1.42	31	9.39	25	25	31	25	56	13.02
2. Sí, la mayoría de las veces, el personal de enfermería si es cálido en el trato para con los pacientes.	84	46.67	28	35	32	45.71	144	43.63	72	72	144	72	216	50.23
3. A veces el personal de enfermería es cálido, pero otras veces, no lo es y esto repercute en el trabajo con los pacientes.	72	40	44	55	30	42.87	146	44.24	3	3	146	3	149	34.66
4. Aquí no hay calidez en la atención de enfermería para con los pacientes. Esto se debe a que personal de enfermería está sumamente ocupado y no interactúa con los pacientes.	0	0	2	2.50	7	10	9	2.74	0	0	9	0	9	2.09
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 24
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA CALIDEZ DE LA
ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 50.23% del personal de enfermería y usuarios dice que la mayoría de las veces el personal de enfermería si es cálido en el trato para con los pacientes, en tanto el 2.09% opina que no hay calidez de la atención de enfermería hacia los pacientes porque están muy ocupados.

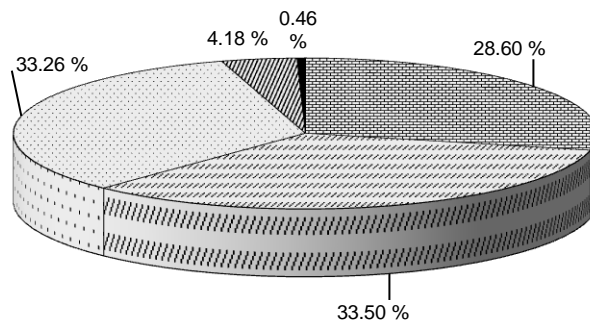
FUENTE: misma del cuadro No. 24.

CUADRO No. 25
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EXISTE APOYO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS
PACIENTES, EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL		PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%	ENF.	%	F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, las enfermeras siempre brindan apoyo emocional a los pacientes que atienden.	86	47.78	4	5	9	12.86	99	30	24	24	99	24	123	28.60
2. Sí, el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes de los turnos matutino y vespertino.	40	22.22	28	35	20	28.58	88	26.66	56	56	88	56	144	33.50
3. A veces el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes cuando tiene tiempo.	50	27.78	44	55	29	41.42	123	37.27	20	20	123	20	143	33.26
4. No, no creo que exista apoyo emocional de enfermería a los pacientes.	4	2.22	4	5	10	14.28	18	5.45	0	0	18	0	18	4.18
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	2	2.86	2	0.62	0	0	2	0	2	0.46
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 25
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI
EXISTE APOYO EMOCIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES, EN LOS SERVICIOS
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN EN MÉXICO, D.F.
2012



- 1. Sí, las enfermeras siempre brindan apoyo emocional a los pacientes que atienden.
- 2. Sí, el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes de los turnos matutino y vespertino.
- 3. A veces el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes cuando tiene tiempo.
- 4. No, no creo que exista apoyo emocional de enfermería a los pacientes.
- 5. Sin respuestas.

OBSERVACIONES: El 33.50% del personal de enfermería y usuarios opinan que si hay apoyo emocional por parte del personal de enfermería de los turnos matutino y vespertino, en tanto el 4.18% de este dice que no existe apoyo emocional por parte del personal hacia los pacientes.

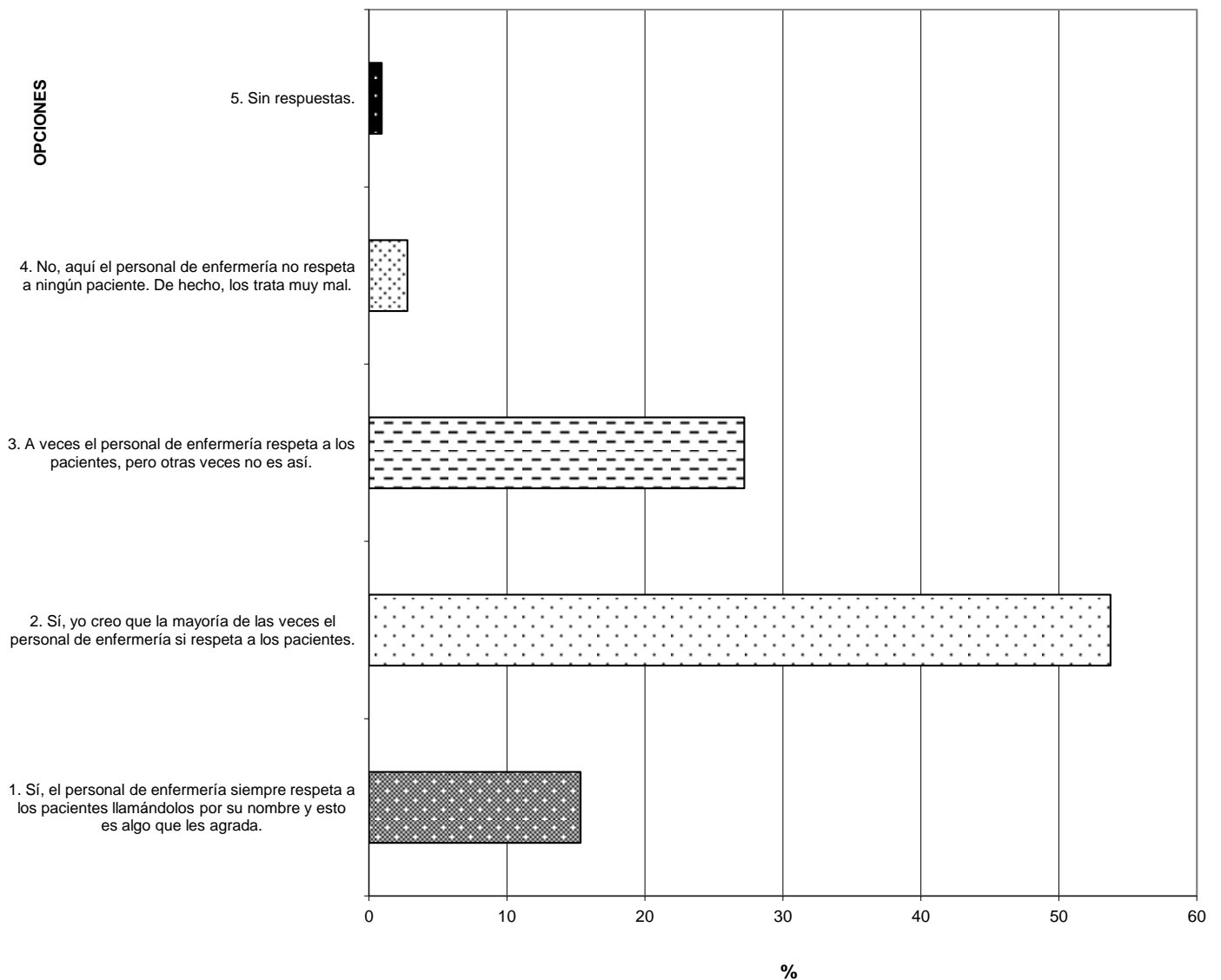
FUENTE: misma del cuadro No. 25

CUADRO No. 26
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI EXISTE RESPETO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA
HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL		PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%	ENF.	%	F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, el personal de enfermería siempre respeta a los pacientes llamándolos por su nombre y esto es algo que les agrada.	25	13.84	4	5	8	11.42	37	11.21	29	29	37	29	66	15.34
2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal de enfermería si respeta a los pacientes.	105	58.33	30	35	27	38.57	162	49.09	69	69	162	69	231	53.74
3. A veces el personal de enfermería respeta a los pacientes, pero otras veces no es así.	48	26.66	42	55	25	35.71	115	34.84	2	2	115	2	117	27.2
4. No, aquí el personal de enfermería no respeta a ningún paciente. De hecho, los trata muy mal.	0	0	4	5	8	11.42	12	3.63	0	0	12	0	12	2.79
5. Sin respuestas.	2	1.12	0	0	2	2.88	4	1.23	0	0	4	0	4	0.93
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	430	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 26
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI EXISTE RESPETO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA HACIA LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OBSERVACIONES: El 53.74% del personal de enfermería y usuarios opinan que el personal de enfermería si respetan a los pacientes, en tanto el 2.79% dice que las enfermeras no respetan a los pacientes.

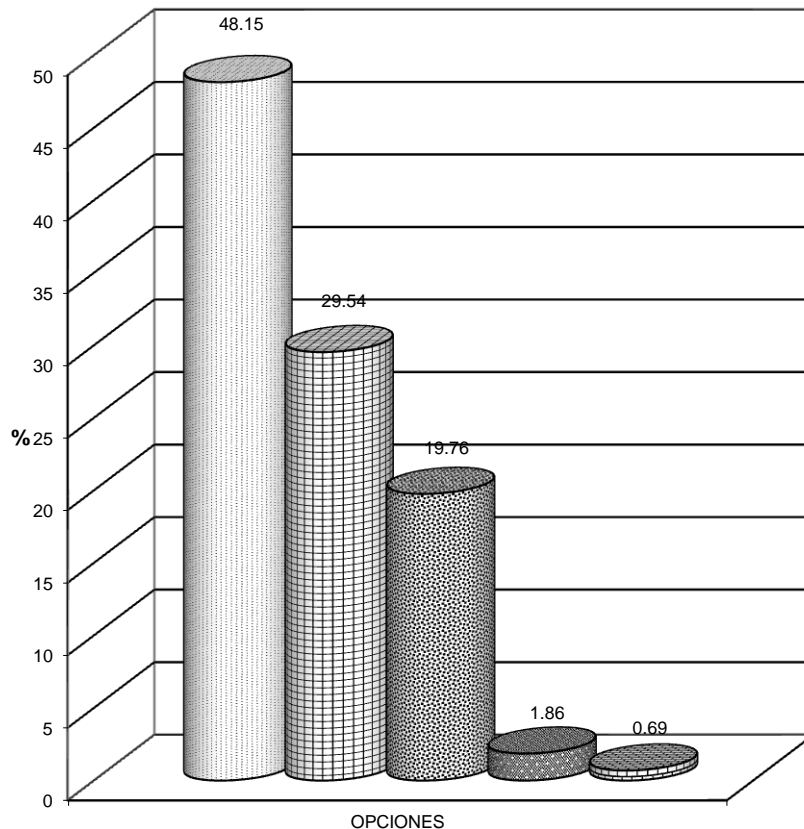
FUENTE: misma del cuadro No. 26

CUADRO No. 27
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI ESTAN SATISFECHOS LOS PACIENTES CON LA ATENCIÓN QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LES PROPORCIONA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P	G.T.	%
1. Sí, yo creo que los pacientes están muy satisfechos con la atención que enfermería les proporciona. Por ello, se sienten bien en su estancia hospitalaria.	147	81.67	6	7.50	11	15.72	164	49.69	43	43	164	43	207	48.15
2. Sí, yo creo que los pacientes si están satisfechos con la atención proporcionada por el personal de enfermería.	23	12.77	32	40	20	28.57	75	22.72	52	52	75	52	127	29.54
3. A veces los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.	10	5.56	36	45	34	48.57	80	24.24	5	5	80	5	85	19.76
4. Los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.	0	0	4	5	4	5.72	8	2.42	0	0	8	0	8	1.86
5. Sin respuestas.	0	0	2	2.50	1	1.42	3	0.93	0	0	3	0	3	0.69
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

CUADRO No. 27
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINI3N DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A SI ESTAN SATISFECHOS LOS PACIENTES CON LA ATENCI3N QUE EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA LES PROPORCIONA EN LOS SERVICIOS, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACI3N, EN M3XICO, D.F.
2012



- ❑ 1. Sí, yo creo que los pacientes están muy satisfechos con la atención que enfermería les proporciona. Por ello, se sienten bien en su estancia hospitalaria.
- ❑ 2. Sí, yo creo que los pacientes si están satisfechos con la atención proporcionada por el personal de enfermería.
- ❑ 3. A veces los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.
- ❑ 4. Los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.
- ❑ 5. Sin respuestas.

OBSERVACIONES: El 48.15% de las enfermeras y pacientes opinan que los pacientes están muy satisfechos con al atención que las enfermeras les proporciona, en tanto el 1.86% ellos dicen que los pacientes no están satisfechos.

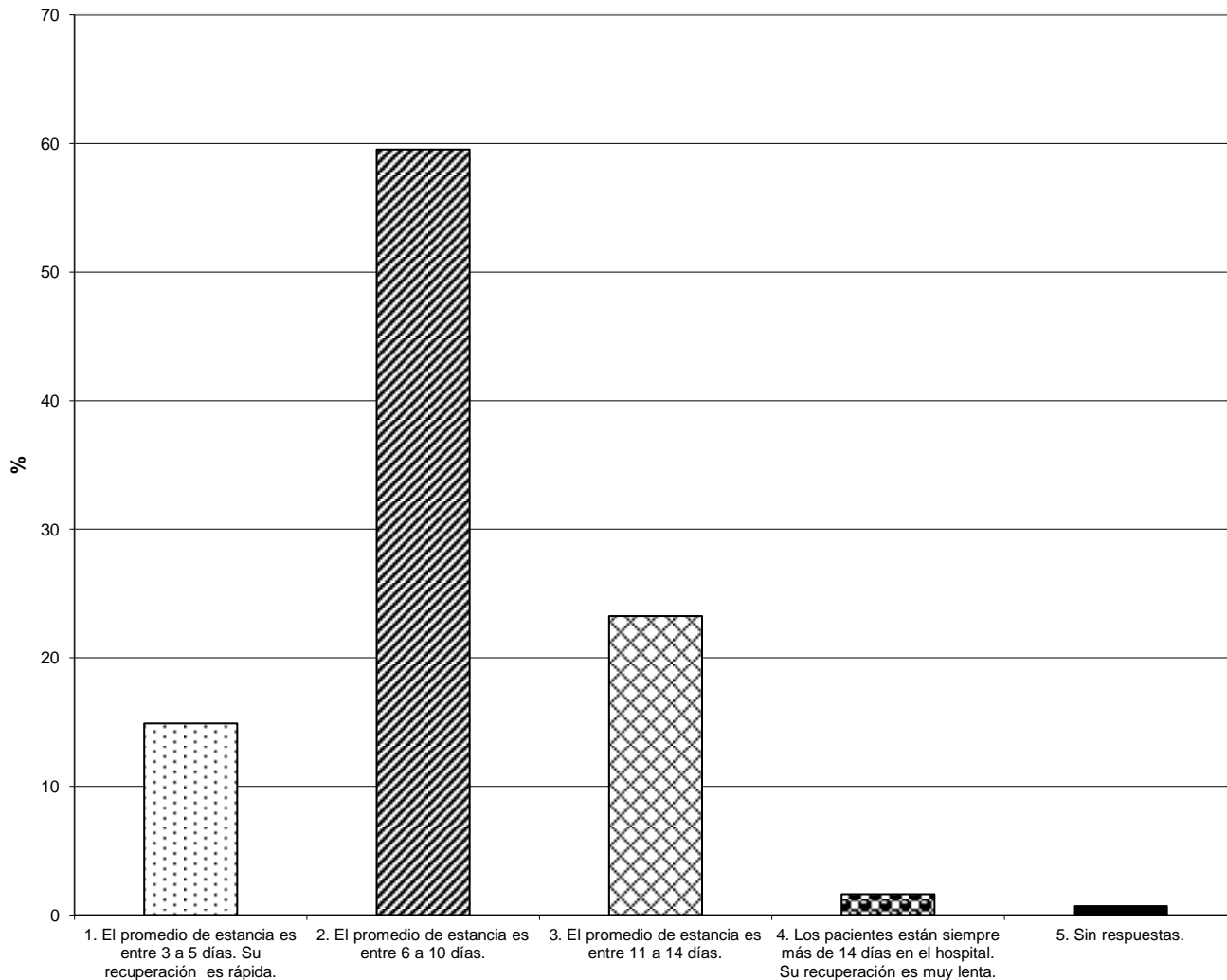
FUENTE: misma del cuadro No.27

CUADRO No. 28
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES EN LOS
SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. El promedio de estancia es entre 3 a 5 días. Su recuperación es rápida.	12	6.66	6	7.50	9	12.86	27	8.18	37	37	27	37	64	14.9
2. El promedio de estancia es entre 6 a 10 días.	158	87.78	30	37.50	19	27.15	207	62.72	49	49	207	49	256	59.54
3. El promedio de estancia es entre 11 a 14 días.	10	5.56	40	50	38	54.28	88	26.66	12	12	88	12	100	23.25
4. Los pacientes están siempre más de 14 días en el hospital. Su recuperación es muy lenta.	0	0	4	0.00	3	4.28	7	2.12	0	0	7	0	7	1.62
5. Sin respuestas.	0	0	0		1	1.43	1	0.32	2	2	1	2	3	0.69
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No 28
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 59.54% del personal de enfermería y usuarios consideran que el promedio de días de estancia hospitalaria es de 6 a 10 días, en tanto el 1.62% de ellos opinan que el tiempo de estancia hospitalaria es de más de 14 días.

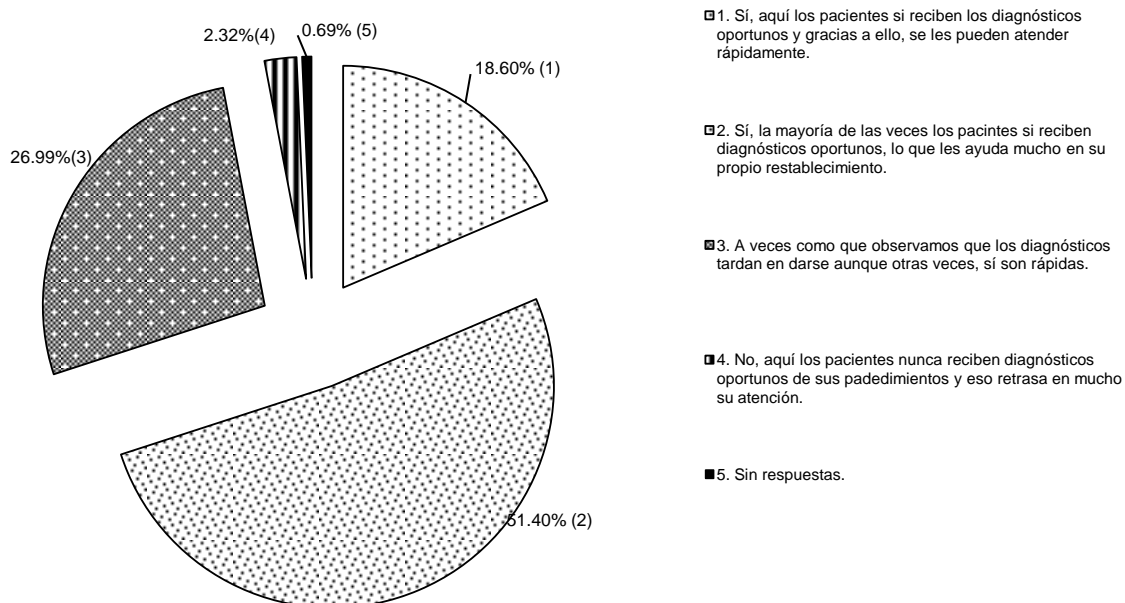
FUENTE: misma del cuadro No. 28

CUADRO No. 29
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A SI LOS PACIENTES RECIBEN OPORTUNOS
DIAGNÓSTICOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL	PACIENTES		GRAN TOTAL				
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%	ENF.	%	F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, aquí los pacientes si reciben los diagnósticos oportunos y gracias a ello, se les pueden atender rápidamente.	27	15	4	5	8	11.45	39	11.18	41	41	39	41	80	18.60
2. Sí, la mayoría de las veces los pacintes si reciben diagnósticos oportunos, lo que les ayuda mucho en su propio restablecimiento.	113	62.78	36	45	19	27.14	168	50.9	53	53	168	53	221	51.40
3. A veces como que observamos que los diagnósticos tardan en darse aunque otras veces, sí son rápidas.	40	22.22	38	48	33	47.14	111	33.63	5	5	111	5	116	26.99
4. No, aquí los pacientes nunca reciben diagnósticos oportunos de sus padedimientos y eso retrasa en mucho su atención.	0	0	2	2.50	8	11.42	10	3.49	0	0	10	0	10	2.32
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	2	2.85	2	0.8	1	1	2	1	3	0.69
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 29
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI LOS PACIENTES RECIBEN OPORTUNOS DIAGNÓSTICOS EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OBSERVACIONES: El 51.40% del personal de enfermería y usuarios dicen que sí, la mayoría de las veces los pacientes si reciben diagnósticos oportunos, lo que ayuda mucho a su propio restablecimiento, en tanto el 2.32% opinan que los pacientes no reciben oportunamente diagnósticos lo que retrasa su recuperación.

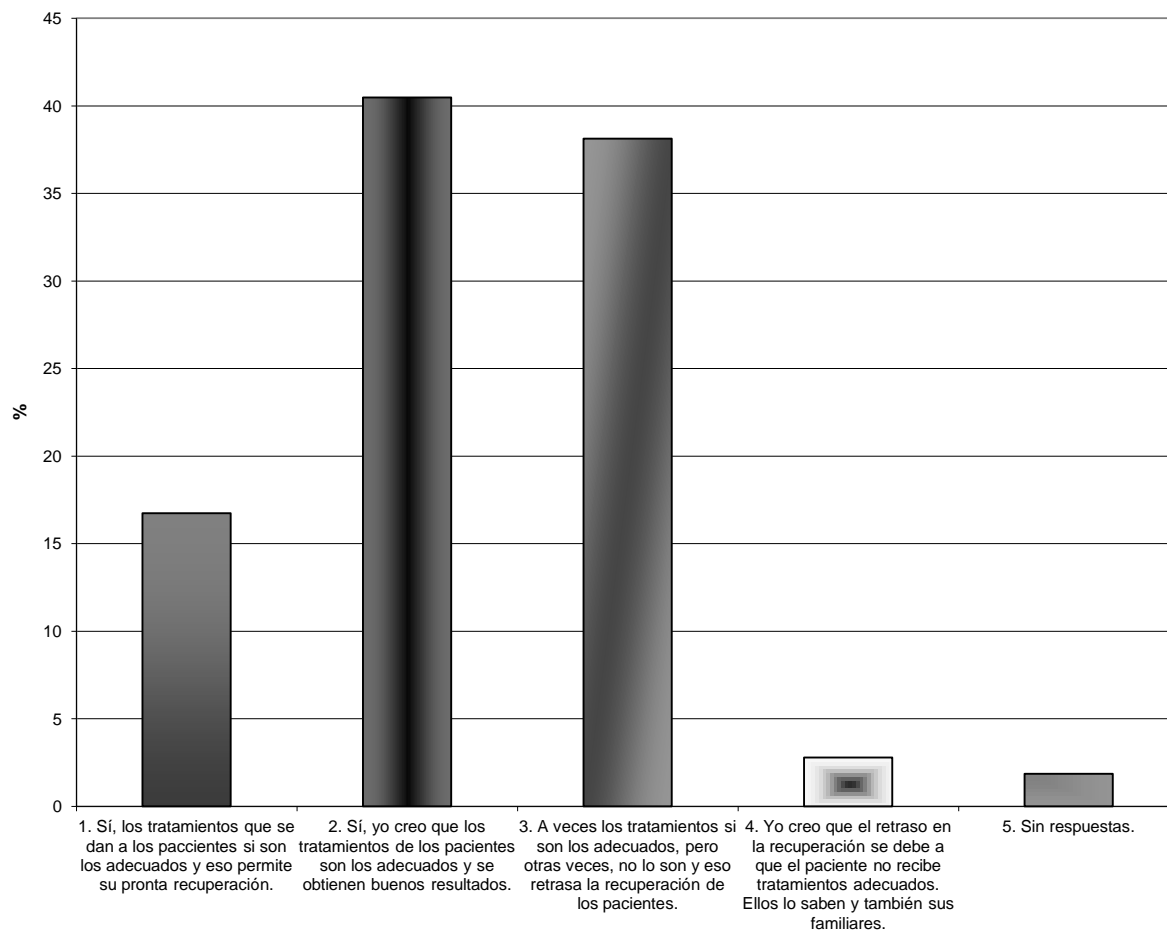
FUENTE: misma del cuadro No. 29.

CUADRO No. 30
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A SI LOS TRATAMIENTOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES
EN LOS SERVICIOS SON ADECUADOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			ENF.	P.	G.T.	%		
1. Sí, los tratamientos que se dan a los paccientes si son los adecuados y eso permite su pronta recuperación.	27	15	6	8	7	10	40	12.12	32	32	40	32	72	16.74
2. Sí, yo creo que los tratamientos de los pacientes son los adecuados y se obtienen buenos resultados.	72	40	24	30	24	34.3	120	36.36	54	54	120	54	174	40.48
3. A veces los tratamientos si son los adecuados, pero otras veces, no lo son y eso retrasa la recuperación de los pacientes.	73	40.55	47	59	31	44.3	151	45.75	13	13	151	13	164	38.13
4. Yo creo que el retraso en la recuperación se debe a que el paciente no recibe tratamientos adecuados. Ellos lo saben y también sus familiares.	5	3	2	2.50	5	7.16	12	3.63	0	0	12	0	12	2.79
5. Sin respuestas.	3	2	1	1.25	3	4.28	7	2.12	1	1	7	1	8	1.86
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 30
 DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A SI LOS TRATAMIENTOS QUE RECIBEN LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS SON ADECUADOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 40.48% de las enfermeras y usuarios opinan que los pacientes si reciben tratamientos adecuados y obtienen buenos resultados, en tanto el 2.79% de ellos opinan que el retraso en la recuperación de los pacientes se debe a que no reciben tratamiento adecuado.

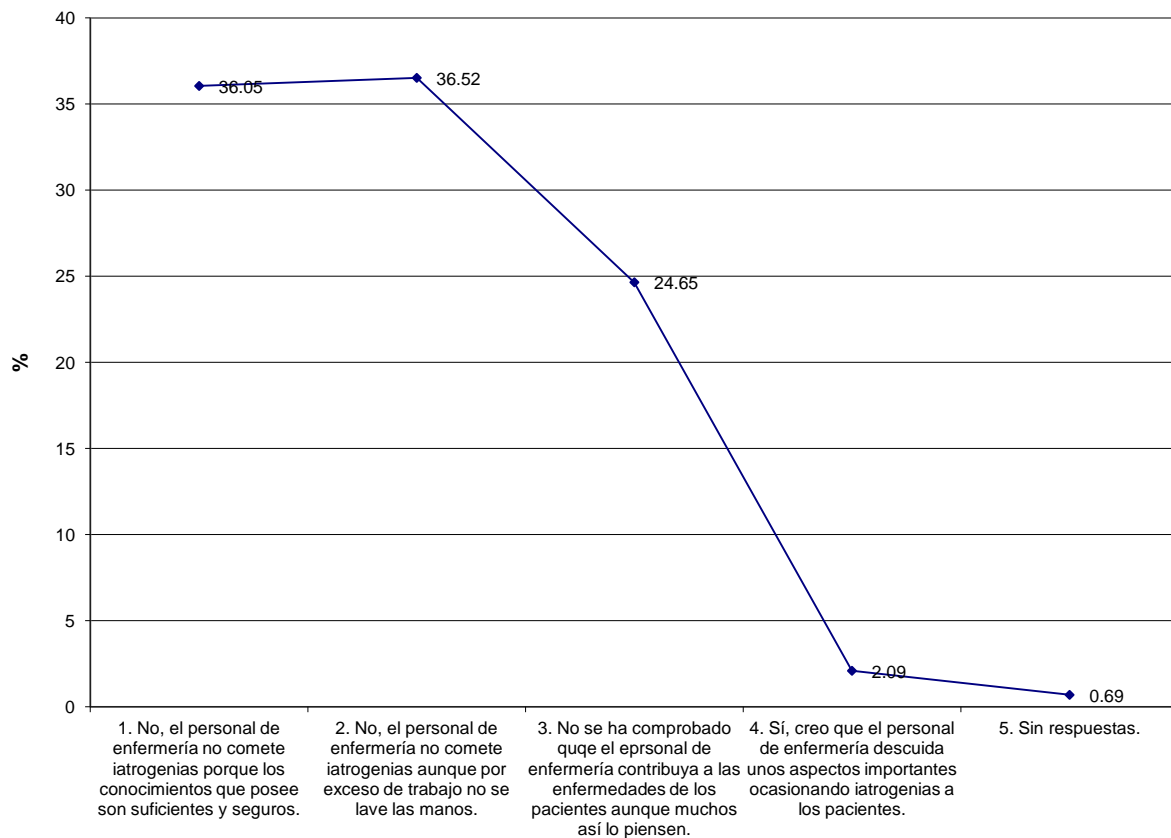
FUENTE: misma del cuadro No. 30.

CUADRO No. 31
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA EXISTENCIA DE IATROGENIAS A LOS PACIENTES POR PARTE DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. No, el personal de enfermería no comete iatrogenias porque los conocimientos que posee son suficientes y seguros.	90	50	6	8	6	8.57	102	30.09	53	53	102	53	155	36.05
2. No, el personal de enfermería no comete iatrogenias aunque por exceso de trabajo no se lave las manos.	65	36	34	43	23	32.87	122	36.96	35	35	122	35	157	36.52
3. No se ha comprobado que el personal de enfermería contribuya a las enfermedades de los pacientes aunque muchos así lo piensen.	25	13.89	36	45	35	50	96	29.09	10	10	96	10	106	24.65
4. Sí, creo que el personal de enfermería descuida unos aspectos importantes ocasionando iatrogenias a los pacientes.	0	0	4	5.00	5	7.14	9	2.72	0	0	9	0	9	2.09
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	1	1.42	1	0.3	2	2	1	2	3	0.69
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 31
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE IATROGENIAS A LOS PACIENTES
POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 36.52% del personal de enfermería y usuarios consideran que el personal de enfermería no comete iatrogenias aunque por exceso de trabajo no se laven las manos, en tanto el 2.09% dice que si el personal de enfermería descuida unos aspectos importantes ocasionando iatrogenias a los pacientes.

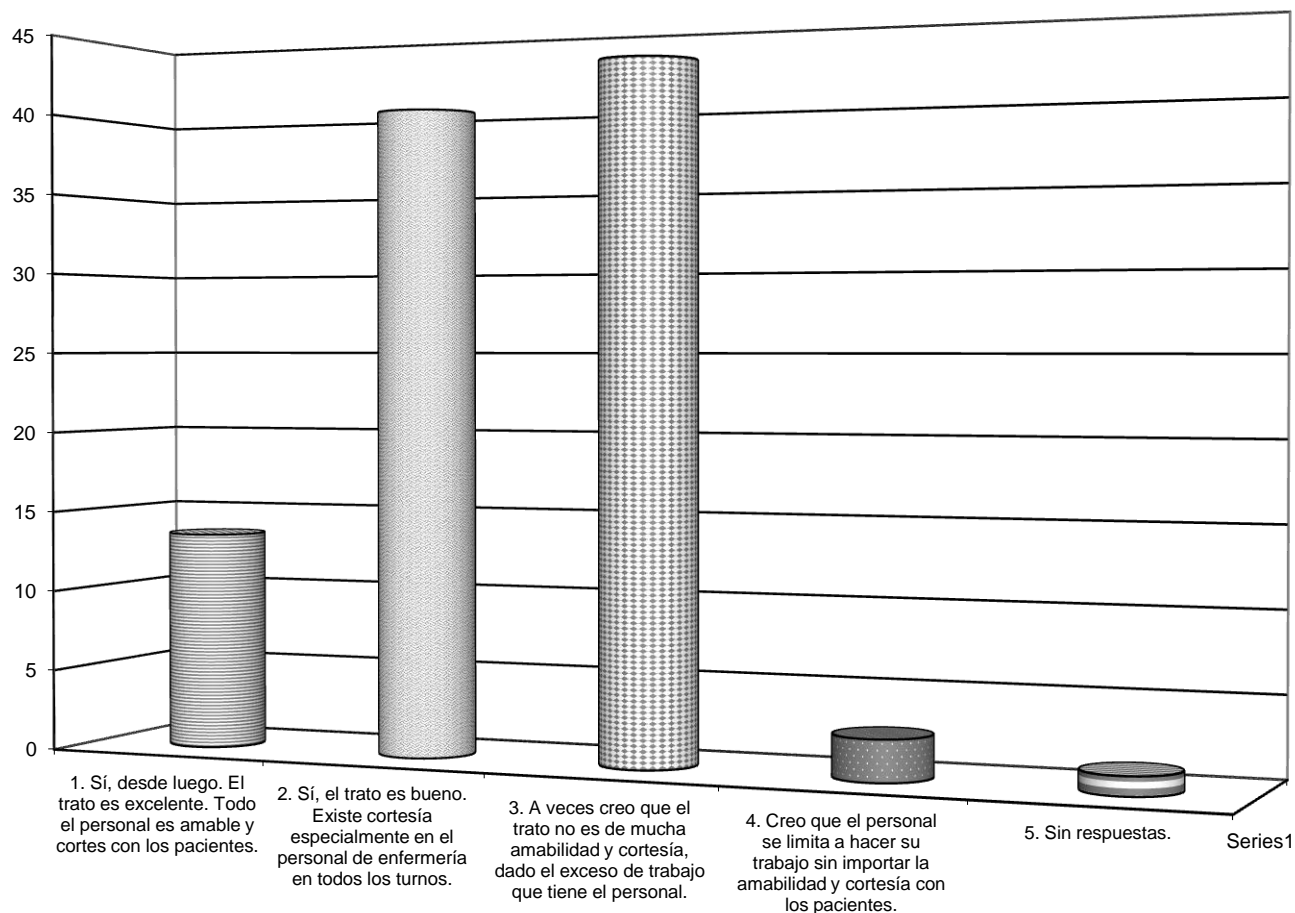
FUENTE: misma del cuadro No. 31.

CUADRO No. 32
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO AL TRATO AMABLE QUE BRINDA EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, desde luego. El trato es excelente. Todo el personal es amable y cortes con los pacientes.	11	6	4	5	7	10	22	6.66	36	36	22	36	58	13.49
2. Sí, el trato es bueno. Existe cortesía especialmente en el personal de enfermería en todos los turnos.	52	29	34	34	26	37.15	112	33.93	60	60	112	60	172	40
3. A veces creo que el trato no es de mucha amabilidad y cortesía, dado el exceso de trabajo que tiene el personal.	112	62.22	38	38	30	42.85	180	54.54	4	4	180	4	184	42.8
4. Creo que el personal se limita a hacer su trabajo sin importar la amabilidad y cortesía con los pacientes.	0	0	33.93	4.00	7	10	11	3.33	0	0	11	0	11	2.55
5. Sin respuestas.	5	3	0	0	0	0	5	1.51	0	0	5	0	5	1.16
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 32
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO AL TRATO AMABLE QUE
BRINDA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 42.80% del personal de enfermería y usuarios comentan que el trato que brindan las enfermeras a veces no es amable y cortes, en tanto el 2.55% de ellos opinan que las enfermeras se limitan a hacer su trabajo sin importar la amabilidad y cortesía.

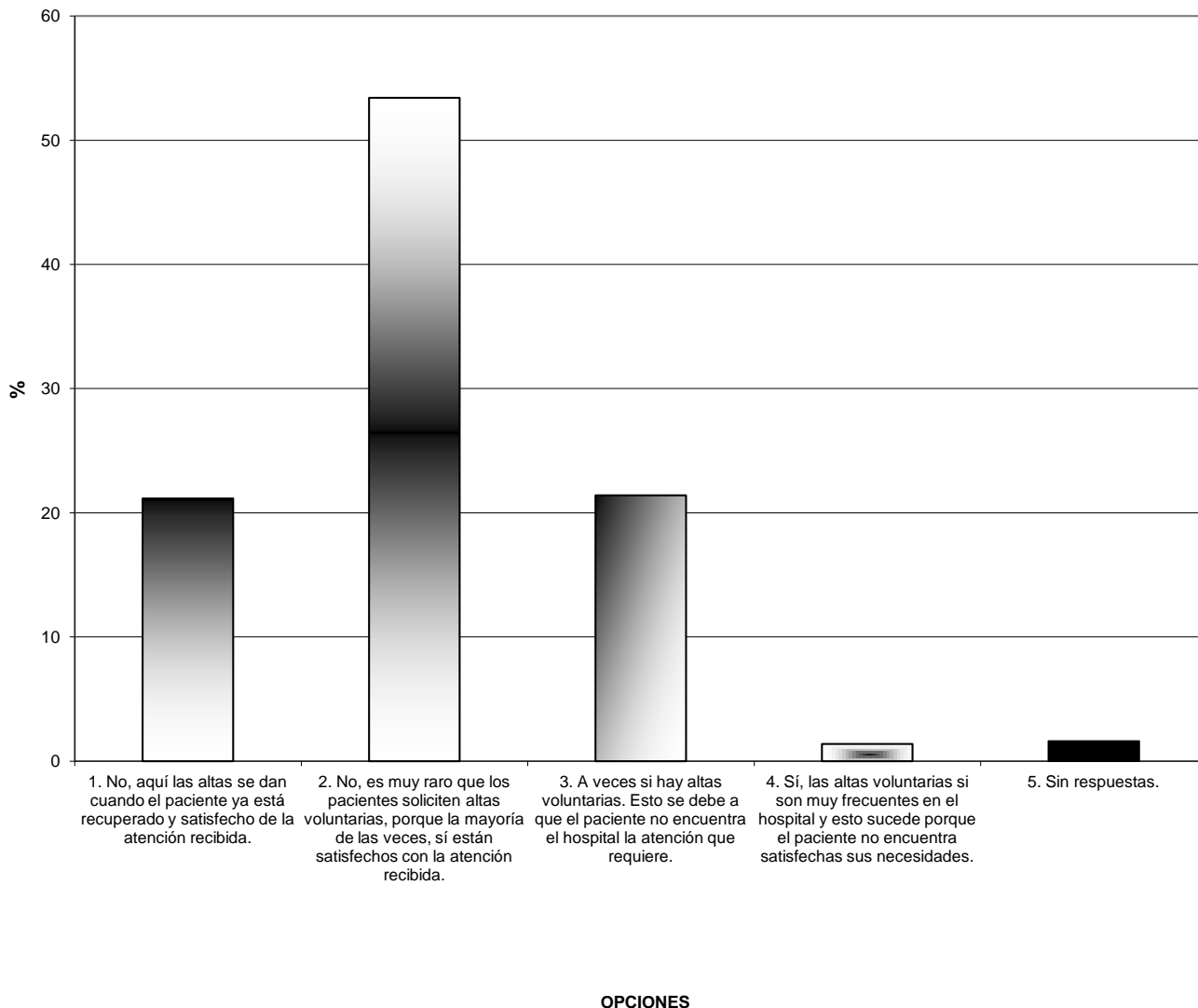
FUENTE: misma del cuadro No. 32.

CUADRO No. 33
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ALTAS VOLUNTARIAS DE LOS
PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	PACIENTES			GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%		%	F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. No, aquí las altas se dan cuando el paciente ya está recuperado y satisfecho de la atención recibida.	48	27	4	5	6	8.56	58	17.57	33	33	58	33	91	21.16
2. No, es muy raro que los pacientes soliciten altas voluntarias, porque la mayoría de las veces, sí están satisfechos con la atención recibida.	115	64	36	45	22	31.44	173	52.42	61	61	173	61	234	53.42
3. A veces si hay altas voluntarias. Esto se debe a que el paciente no encuentra el hospital la atención que requiere.	17	9.45	40	50	33	47.14	90	27.27	2	2	90	2	92	21.41
4. Sí, las altas voluntarias si son muy frecuentes en el hospital y esto sucede porque el paciente no encuentra satisfechas sus necesidades.	0	0	0	0.00	6	8.58	6	1.81	0	0	6	0	6	1.39
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	3	4.28	3	0.9	4	4	3	4	7	1.62
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 33.

GRÁFICA No. 33
DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EXISTENCIA DE ALTAS VOLUNTARIAS DE LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OBSERVACIONES: El 54.42% del personal de enfermería y usuarios consideran que es muy raro que los pacientes soliciten altas voluntarias, porque la mayoría de las veces si están satisfechos con la atención recibida, en tanto el 1.39% de ellos opinan que si hay altas voluntarias a causa de que el paciente no está satisfecho en sus necesidades.

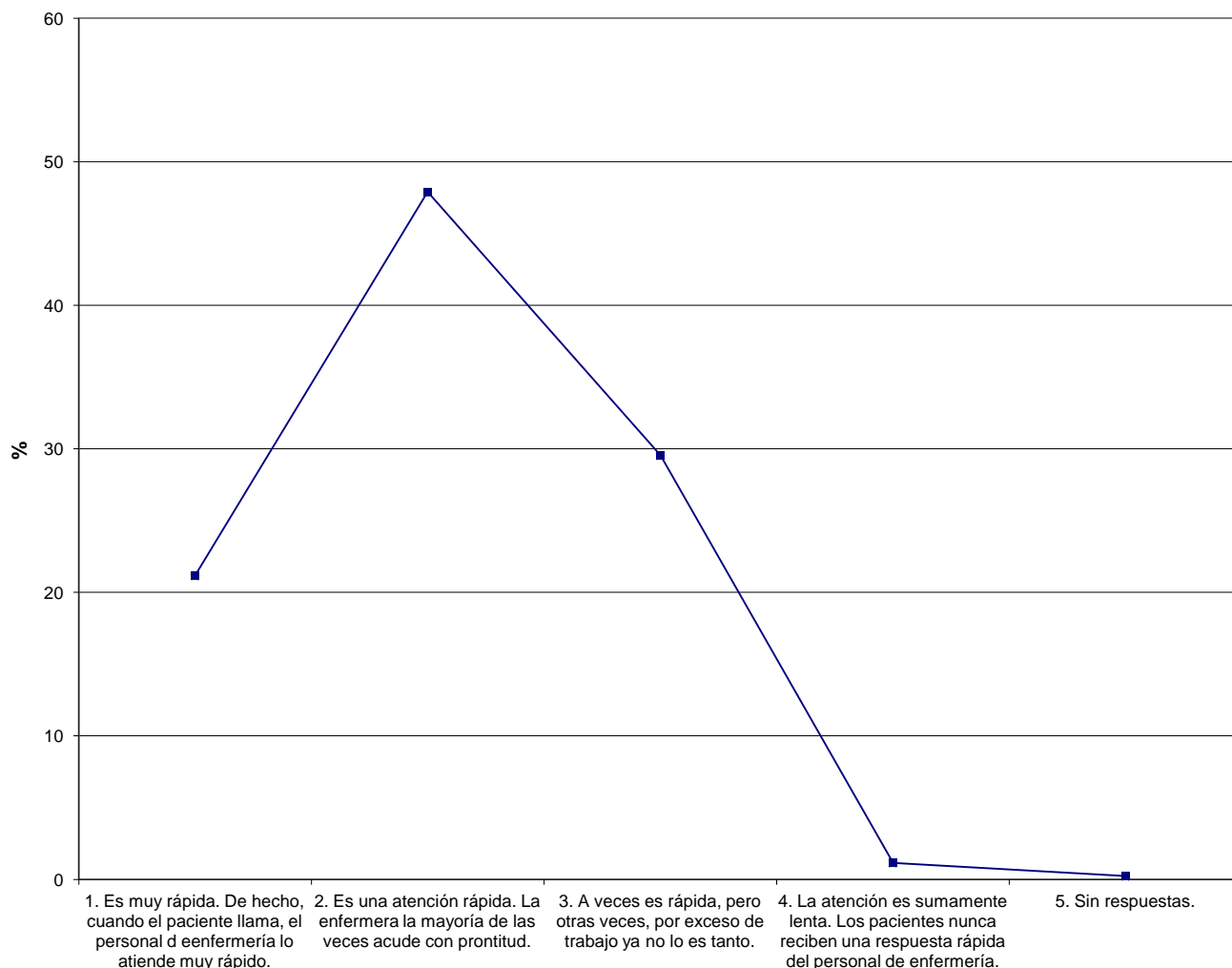
FUENTE: misma del cuadro No. 33.

CUADRO No. 34
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A LA RAPIDEZ DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS
SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Es muy rápida. De hecho, cuando el paciente llama, el personal de enfermería lo atiende muy rápido.	46	25.55	6	7.50	6	8.58	58	17.54	33	33	58	33	91	21.16
2. Es una atención rápida. La enfermera la mayoría de las veces acude con prontitud.	82	45.56	42	52.50	22	31.43	146	42.44	60	60	146	60	206	47.91
3. A veces es rápida, pero otras veces, por exceso de trabajo ya no lo es tanto.	52	28.89	30	37.50	38	54.29	120	36.36	7	7	120	7	127	29.54
4. La atención es sumamente lenta. Los pacientes nunca reciben una respuesta rápida del personal de enfermería.	0	0	2	2.50	3	4.28	5	1.51	0	0	5	0	5	1.16
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	1	1.42	1	0.3	0	0	1	0	1	0.23
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 34
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA RAPIDEZ DE LA ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OPCIONES

OBSERVACIONES: El 47.91% del personal de enfermería y usuarios consideran que la atención de enfermería es rápida, en la mayoría de las veces acude con prontitud, en tanto el 1.6% de estos opina que la atención de enfermería es sumamente lenta.

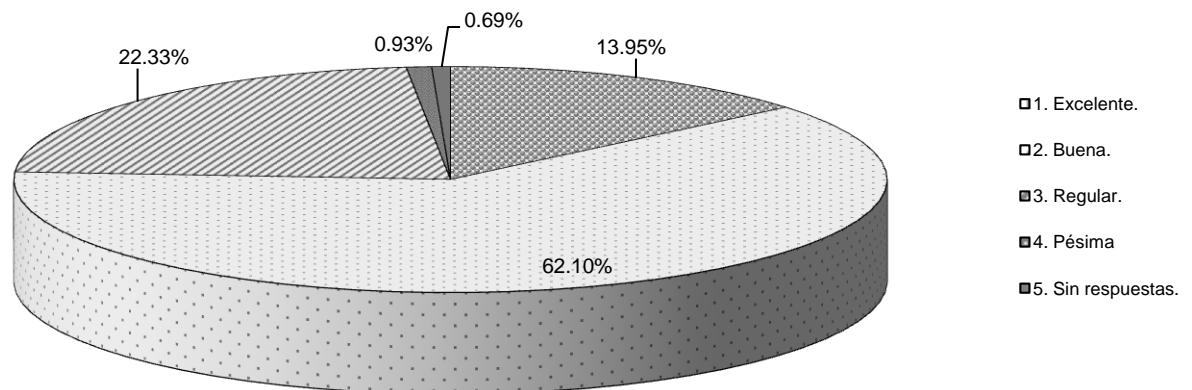
FUENTE: misma del cuadro No. 34.

CUADRO No. 35
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN
LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN
MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Excelente.	25	13.89	6	7.50	7	10	38	11.51	22	22	38	22	60	13.95
2. Buena.	150	83.33	24	30.00	30	42.86	204	61.81	63	63	204	63	267	62.10
3. Regular.	5	2.78	49	61.25	27	38.57	81	24.54	15	15	81	15	96	22.33
4. Pésima	0	0	0	0	4	5.72	4	1.21	0	0	4	0	4	0.93
5. Sin respuestas.	0	0	1	1.25	2	2.85	3	0.90	0	0	3	0	3	0.69
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 35
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN TORNO A LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F. 2012



OBSERVACIONES: El 62.10% del personal de enfermería y usuarios consideran que la calidad de atención de enfermería es buena, en tanto el 0.93% de ellos opinan que la atención de enfermería es pésima.

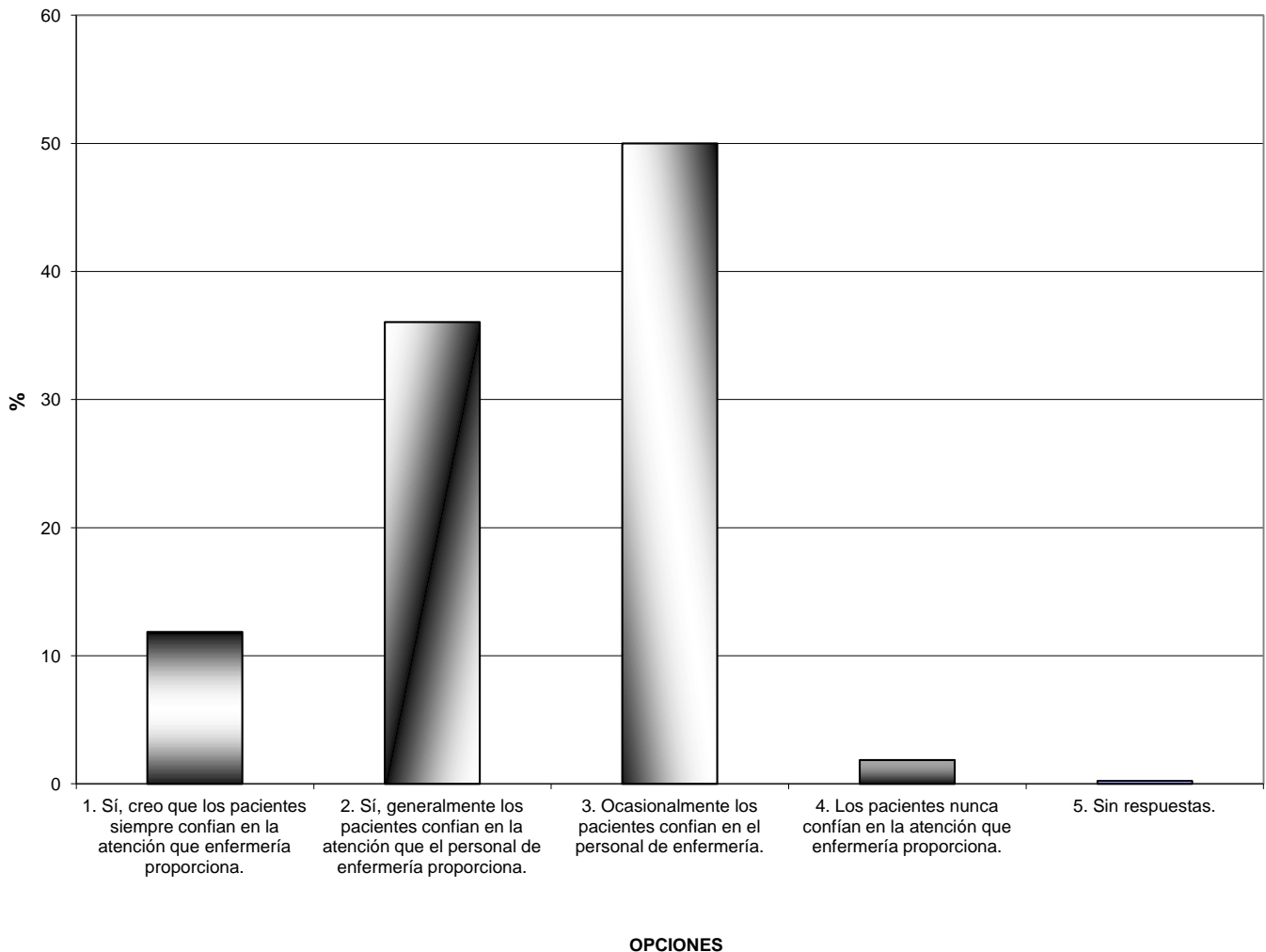
FUENTE: misma del cuadro No. 35.

CUADRO No. 36
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y
USUARIOS, EN TORNO A LA CONFIANZA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA
ATENCIÓN QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS EN LOS SERVICIOS, EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012

OPCIONES	ENFERMERAS						TOTAL ENF.	%	PACIENTES		GRAN TOTAL			
	T.M.	%	T.V.	%	T.N.	%			F	%	ENF.	P.	G.T.	%
1. Sí, creo que los pacientes siempre confían en la atención que enfermería proporciona.	10	5.56	6	7.50	8	11.44	24	7.27	27	27	24	27	51	11.86
2. Sí, generalmente los pacientes confían en la atención que el personal de enfermería proporciona.	45	25.00	28	35.00	25	35.71	98	29.69	57	57	98	57	155	36.05
3. Ocasionalmente los pacientes confían en el personal de enfermería.	125	69.44	44	55.00	30	42.85	199	60.3	16	16	199	16	215	50
4. Los pacientes nunca confían en la atención que enfermería proporciona.	0	0	2	2.50	6	8.57	8	2.42	0	0	8	0	8	1.86
5. Sin respuestas.	0	0	0	0	1	1.43	1	0.30	0	0	1	0	1	0.23
TOTAL	180	100	80	100	70	100	330	100	100	100	330	100	430	100

FUENTE: misma del cuadro No. 1.

GRÁFICA No. 36
DISTRIBUCIÓN DE LA OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y USUARIOS, EN
TORNO A LA CONFIANZA QUE TIENEN LOS PACIENTES DE LA ATENCIÓN QUE
PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS EN LOS SERVICIOS EN EL INSTITUTO NACIONAL
DE REHABILITACIÓN, EN MÉXICO, D.F.
2012



OBSERVACIONES: El 50% del personal de enfermería y usuarios opinan que ocasionalmente los pacientes confían en el personal de enfermería, en tanto el 1.86% de ellos consideran que los pacientes nunca confían en la atención que enfermería proporciona.

FUENTE: misma del cuadro No. 36.

4.3 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

4.3.1 Análisis descriptivo

El análisis descriptivo se realizó con la Distribución Porcentual Decreciente de las peores respuestas calificadas como “s” y dadas por las Enfermeras y por los usuarios. De hecho, fueron las respuestas más altas aunque que fueron también las peores respuestas del personal de enfermería. Por el contrario, la opinión de los pacientes resultó muy positiva en cuanto a la calidad de la atención.

- En cuanto a la estructura

De 10 indicadores de Estructura medidos, 9 de ellos fueron calificados por el personal de enfermería como indicadores negativos ya que a juicio de las enfermeras hay enormes carencias en la búsqueda de la calidad, para la atención de los pacientes. Por ello, de los peores respuesta dadas por el personal de enfermería están entre otros: la dotación de ropa, la existencia de manuales, la calidad y distribución de los alimentos, el funcionamiento del equipo electromédico, la dotación de mobiliario y equipo, la dotación de medicamentos y la capacitación del personal de enfermería. Todos estos ítems han sido vistos y evaluados por el personal de enfermería dentro de las peores respuestas que dio este personal, como a continuación se presenta en la siguiente tabla.

TABLA No. 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN CON LA
DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA

2012

INDICADORES	%
1. Dotación de ropa	65.15
2. Existencia de manuales	56.08
3. Calidad de alimentos	55.15
4. Dotación de personal	51.21
5. Distribución de espacios	49.69
6. Funcionamiento de equipo	46.66
7. Dotación de mobiliario y equipo	46.36
8. Dotación de medicamentos	45.45
9. Capacitación del personal de Enfermería	32.42

Indicadores medidos: 10 Puntos de corte: 32.42%

Así, de 10 indicadores medidos, 9 resultaron negativos según la opinión del personal de enfermería, por lo cual se comprueba la Hipótesis, nula que dice H_0 : Existe una baja calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México, D.F.

TABLA No. 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA
OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN
DE ESTRUCTURA

2012

INDICADORES	%
1. Funcionamiento del equipo electromédico	18
2. Dotación de personal de enfermería	16

Indicadores medidos: 8 Punto de corte: 16%

En el caso específico de los pacientes, por el contrario, de 8 indicadores medidos, solo 2 resultaron negativos, por lo que se comprueba con ellos la hipótesis de trabajo que dice: H₂: Existe una alta calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y de los pacientes, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.

- En cuanto al Proceso

A continuación se presentan las peores respuestas que dan las enfermeras en la dimensión de proceso, que fueron: conocimiento de funciones y actividades, comunicación enfermera-paciente,

calidez de la atención, dominio de técnicas, cumplimiento de actividades, seguridad del paciente, trato humano, relación enfermera-paciente, intervenciones diarias de enfermería, apoyo emocional al paciente y características de la relación enfermera-paciente, como presenta en la siguiente tabla:

TABLA No. 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN A LA
DIMENSIÓN DE PROCESO

2012

INDICADORES	%
1. Conocimiento de funciones y actividades de personal de enfermería	57.67
2. Comunicación Enfermera-Paciente	53.63
3. Calidez en la atención	44.24
4. Dominio de técnicas	43.63
5. Cumplimiento de actividades	42.42
6. Seguridad del paciente	42.12
7. Trato humano	41.51
8. Relación enfermera-paciente	41.51
9. Intervenciones diarias de enfermería	38.12
10. Apoyo emocional al paciente	37.27
11. Características de la relación Enfermera-Paciente.	35.15
12. Respeto por los pacientes	34.84

Indicadores medidos: 12 Punto de corte: 34.84%

Desde el punto de vista de la dimensión de proceso de 12 indicadores medidos, los 2 también resultaron negativos en opinión del personal de enfermería por lo cual también se compruebe la hipótesis nula mencionada.

Por el contrario, en el caso de los pacientes, de 12 indicadores medidos solo 2 resultaron negativos, lo cual reafirma la posición de los pacientes de percibir una alta calidad en el proceso de atención que le brinda las enfermeras, confirmándose una vez más la comprobación de Hipótesis de trabajo para los pacientes y antes mencionada.

TABLA No. 4

DISTRIBUCIÓN PROCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA
OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN
DE PROCESO

2012

INDICADORES	%
1. Apoyo emocional del personal de enfermería	37.27
2. Respeto por parte del personal de enfermería	34.84

Indicadores medidos: 12 Punto de corte: 34.84%

- En cuanto a los resultados

En cuanto a los resultados, se midieron 10 indicadores que también fueron evaluados por el personal de enfermería y los pacientes. En los indicadores de resultado se midió la satisfacción del usuario, los promedios de días de estancia hospitalaria, los diagnósticos oportunos para su tratamiento, si los tratamientos eran los adecuados, la existencia de iatrogenias, el trato recibido por las enfermeras, altas voluntarias, rapidez en la atención, evaluación de la calidad y confianza de los pacientes hacia las enfermeras.

Entonces, de 10 indicadores medidos, 6 resultaron negativos confirmado el hecho de comprobar la Hipótesis Nula en cuanto a la baja calidad que perciben las enfermeras en la dimensión de resultados, con los pacientes.

TABLA No. 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS EN RELACIÓN A LA
DIMENSIÓN DE RESULTADOS

2012

INDICADORES	%
1. Trato del personal.	54.54
2. Tratamiento que reciben los pacientes.	45.75
3. Rapidez en la atención	36.36
4. Diagnósticos oportunos a los pacientes.	33.65
5. Iatrogenias por el personal de enfermería	29.09
6. Altas voluntarias.	27.17

Indicadores medidos: 10 Punto de corte: 27.12%

Lo anterior demuestra que las enfermeras sí perciben la baja calidad, contrario a la opinión de los pacientes en donde 10 indicadores medidos solo 2 resultaron negativos. Esto demuestra que para el personal de enfermería, se comprueba la hipótesis nula que dice: Ho: Existe una baja calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.

TABLA No. 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DECRECIENTE DE “S” DE LA
OPINIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A LA DIMENSIÓN
DE RESULTADOS

2012

INDICADORES	%
1. Confianza que tiene los pacientes de la atención que proporcionan las enfermeras.	16

Indicadores medidos: 10 Punto de corte: 16%

4.3.2 Análisis inferencial

Para realizar el análisis inferencial se corrió la “t” de Student para conocer las diferencias de opinión de enfermeras y pacientes en cuanto a la calidad de la atención de enfermería, resultando diferencias con una probabilidad menor a .05, como se aprecia en la siguiente tabla:

TABLA No.7

DIFERENCIAS DE ENFERMERAS Y PACIENTES EN CUANTO A
LA CALIDAD

DIMENSIONES	GRUPO AL QUE PERTENECE	N	Media	Desviación típ.
ESTRUCTURA	ENFERMERAS	293	2.2799*	.49198
	PACIENTES	91	1.7253	.49624
PROCESO	ENFERMERAS	277	2.2061**	.51612
	PACIENTES	97	1.7663	.41083
RESULTADO	ENFERMERAS	267	2.1491***	.46164
	PACIENTES	90	1.7156	.44794
CALIDAD TOTAL PERCIBIDA	ENFERMERAS	293	2.2117	.45672
	PACIENTES	97	1.735	.46578

*Entrada: $t = 9.374$, $gl = 382$, $prob. = .000$

**Proceso $t = 7.590$, $gl = 372$, $prob. = .000$

***Resultado $t = 7.761$, $gl = 355$, $prob. = .000$

Lo anterior significa que de las medidas cercanas a 0 dan cuentas de alta calidad y las medidas lejanas a 0 dan cuenta de deficiente o nula calidad. Así, se puede apreciar que en las 3 dimensiones de Estructura, Proceso y Resultados, para las enfermeras la mayor deficiencia está en la calidad de Estructura con 2.2799, en proceso con 2.2061 y la de resultados con 2.1491, quedando de manifiesto una calidad total de 2.2117 que se considera mediana o regular, por lo que se comprueba la Hipótesis nula que dice:

Ho: Existe una baja calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.

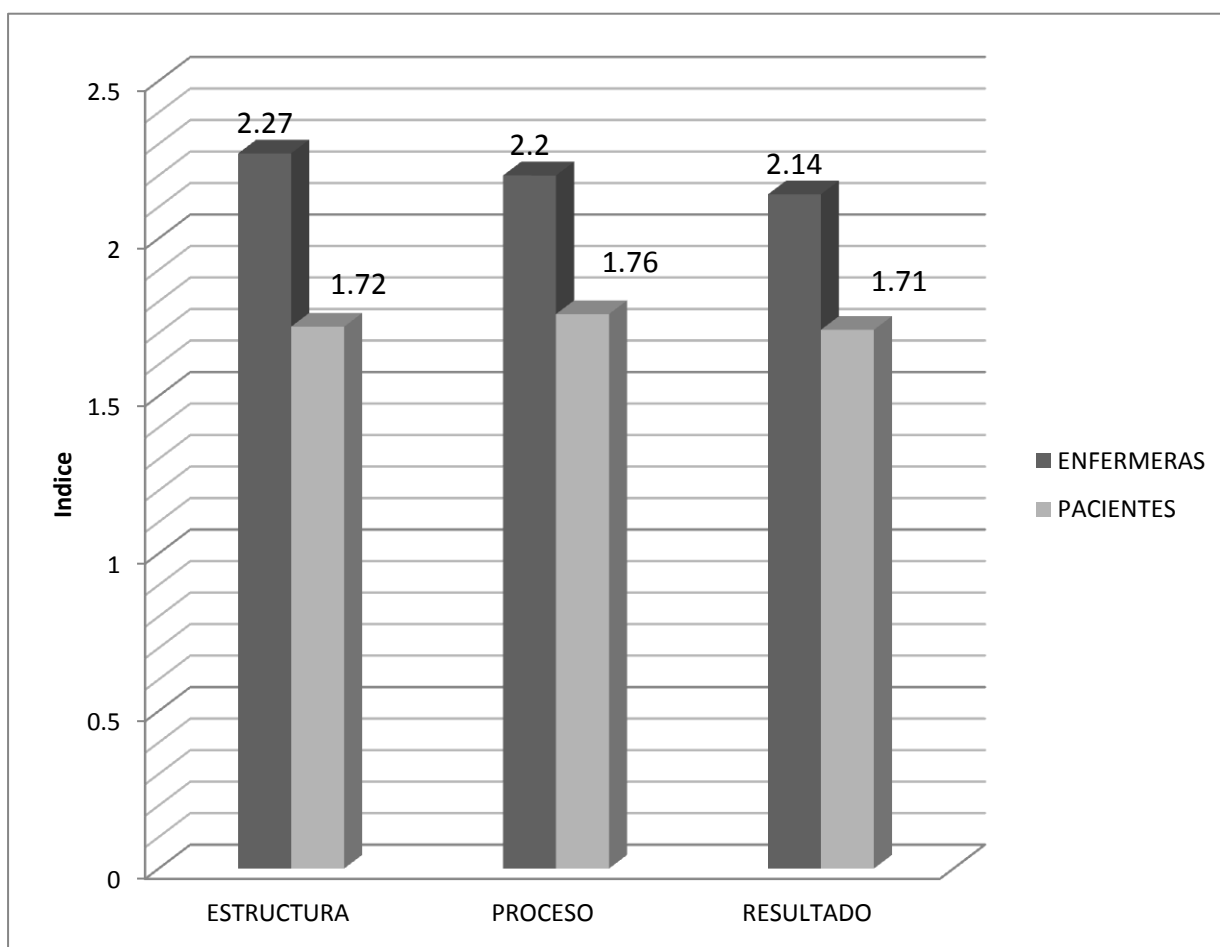
Por el contrario, en el caso de los pacientes la calidad percibida es cercana a 0 con índices de estructura de 1.7253, de proceso con 1.7663 y de resultados con 1.7156, que están más cercanas a 0 en donde los pacientes perciben mejor calidad que las Enfermeras. Por ello, se comprueba la Hipótesis de trabajo que dice:

H2: Existe una alta calidad de la atención de Enfermería, con base en la opinión del personal de enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.

Lo anterior quiere decir que para las dimensiones de estructura, proceso y resultados, son los pacientes quienes perciben una buena calidad, por los cuidados que reciben del personal de enfermería; mientras que este personal percibe una atención regular, particularmente menos eficiente en la estructura con 2.27, seguida del proceso 2.20 y al final, el resultado 2.14. Estas cifras se pueden visualizar en la siguiente gráfica No. 37.

GRÁFICA No. 37

ÍNDICES DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD POR LAS
ENFERMERAS Y PACIENTES



Existe una percepción de excelencia de calidad de atención brindada por el personal de enfermería	0 – 1.00
Existe una percepción muy buena de calidad de atención brindada por enfermería	1.01 – 2.00
Existe una percepción regular de calidad de atención brindada por enfermería	2.01 – 3.00
Existe una percepción deficiente acerca de la	3.01 – 4.00

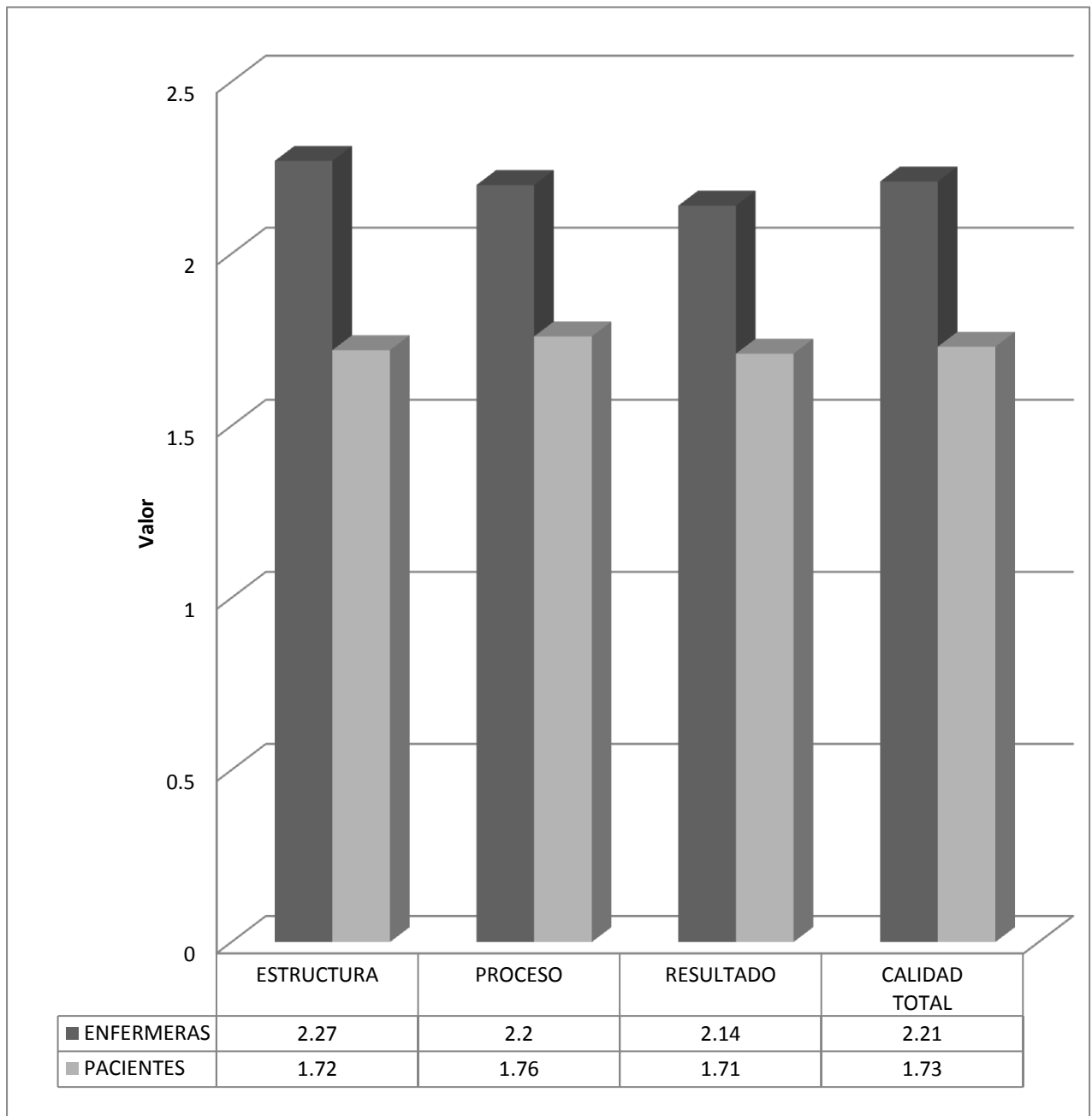
calidad de atención brindada por enfermería

NOTA: Se aclara que entre más cerca sea la puntuación al índice 0, mejor evaluada ha sido la calidad por el contrario, entre más se acerque al 4, ha sido evaluada la calidad como más deficiente.

Ahora bien, en la Gráfica No. 38 es posible comparar que aunque las Enfermeras califican de regular a deficiente la calidad, la pero calificación de un 2.27 la tiene la dimensión de estructura, con 2.20 en proceso y con 2.14 en resultados.

Desde luego, estos resultados son reflejo de la realidad que vive el personal de enfermería con la carencia de insumos, con falta de medicamentos y ropa, etc. lo que repercute en la atención de la calidad otorgada. Por el contrario, es el caso de los pacientes, ellos al no estar concientes de tales carencias, califican de bueno a excelente calidad, la atención percibida.

GRÁFICA No. 38
COMPARACIÓN DE ÍNDICES DE CALIDAD ENTRE
ENFERMERAS Y PACIENTES

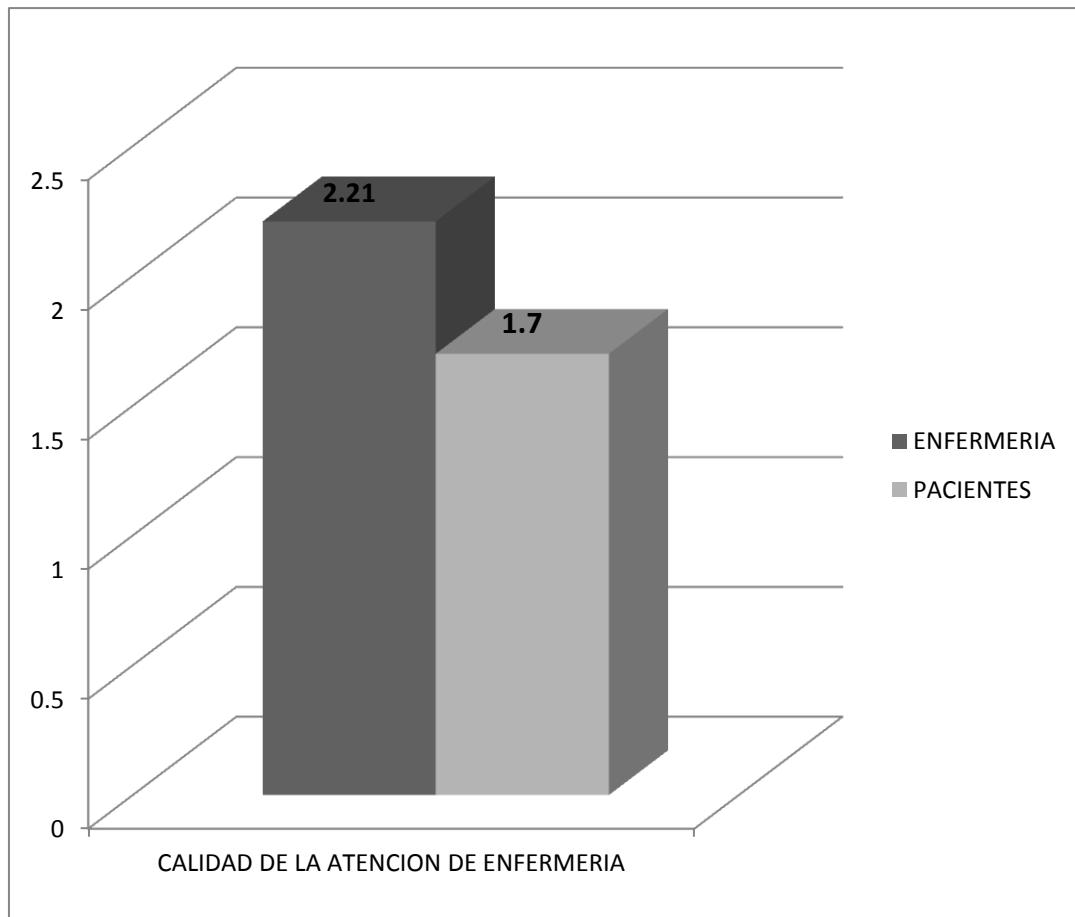


Finalmente, la calidad total de Enfermeras y pacientes que se visualizan en la Gráfica No. 39, permite ver las diferencias de la

percepción por lo que se comprueba contundentemente la Hipótesis nula para las enfermeras con regular calidad o nula calidad ($t=9.345$, $gl.= 37$ $ob=.001$) que dice: H_0 : Existe una baja calidad de la atención de enfermería, con base en la opinión del personal de enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F. Por el contrario, en el caso de los pacientes se comprueba la hipótesis de trabajo que dice: H_2 : Existe una alta calidad de la atención de enfermería con base en la opinión del personal de enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación en México, D.F.

GRÁFICA No. 39

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y PACIENTES



a) En la calidad de estructura

Se analizaron las diferencias por medio de ANOVA entre las variables de estructura y el turno, detectándose diferencias estadísticamente significativas ($F=30.512$, $gl_{intergrupos} = 194$, $prob. = .000$; pos hoc Tukley, $prob.= .000$ para el turno nocturno vs matutino), lo que quiere decir que es el turno nocturno quienes hacen la diferencia, mostrando que 85 de cada 100 sujetos perciben una calidad regular, particularmente por la dotación de material y equipo, la distribución física de espacios, el funcionamiento de equipo biomédico, cantidad de personal, su capacitación, dotación

de medicamentos y ropa, los alimentos que se sirven a los pacientes, medidas de seguridad, etc. Por el contrario, solo 47 de cada 100 enfermeras percibe esto en el turno matutino debido a que es en el turno matutino donde se encuentra la mayor distribución de material, equipo y para el funcionamiento y cuenta con mayor dotación, como se presenta en la Gráfica No. 40.

GRÁFICA No. 40

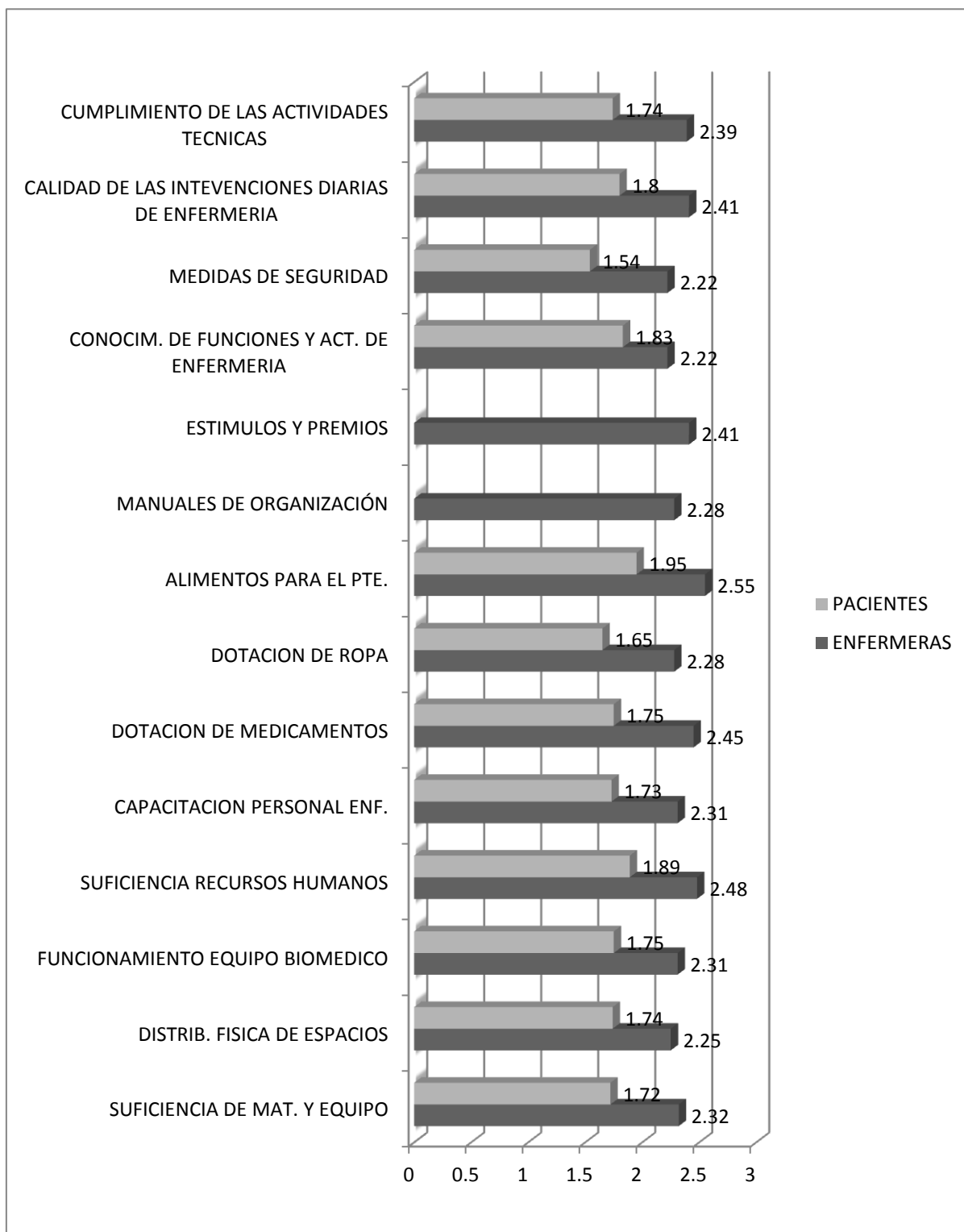
COMPARATIVO DE LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA ENTRE
ENFERMERAS Y PACIENTES

TABLA No. 8

ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE ESTRUCTURA Y
LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

		PROCESO* TURNO				
		TURNO				Total
		MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	SIN RESPUESTA	
1. EXCELENTE CALIDAD PERCIBIDA	Fo.	14	3	0	10	27
	%	7.2%	4.1%	.0%	18.2%	7.0%
2. MUY BUENA CALIDAD PERCIBIDA	Fo.	85	28	4	39	156
	%.	43.8%	37.8%	6.6%	70.9%	40.6%
3. REGULAR CALIDAD PERCIBIDA	Fo	92	40	52	6	190
	%.	47.4%	54.1%	85.2%	10.9%	49.5%
4. DEFICIENTE CALIDAD PERCIBIDA	Fo	3	3	5	0	11
	%	1.5%	4.1%	8.2%	.0%	2.9%
Total	Fo.	194	74	61	55	384
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0 %

Entonces, en el comparativo de Enfermeras y pacientes de la dimensión de Estructura, al tener conocimiento el personal de enfermería de la problemática del Instituto, evalúa con cifras muy bajas la calidad, precisamente, por los problemas estructurales de la institución que repercuten en la calidad de atención brindada a los pacientes. Por ello, en la Gráfica No. 41 se muestra claramente los medios comparativos.

b) En la calidad de proceso

Con el análisis ANOVA, entre los turnos y los procesos de atención de enfermería, se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión PROCESO a través de práctica de ANOVA, ($F= 14,530$, $gl_{intergrupos} = 3$, $gl_{intergrupos}= 277$, $prob. = .000$; pos hoc Tukey, $prob. = 0.39$ para el turno nocturno), lo que quiere decir que es el turno nocturno quien hace la diferencia, mostrando que 72 de cada 100 sujetos perciben una calidad regular particularmente por las intervenciones de enfermería al cumplir sus funciones, establecer la relación enfermera-paciente, dominar las técnicas, el trato humano, comunicación e información al paciente, apoyo emocional y respeto a los pacientes. Para el turno vespertino sólo 3 de cada 100 enfermeras consideran que estos indicadores de proceso son regulares.

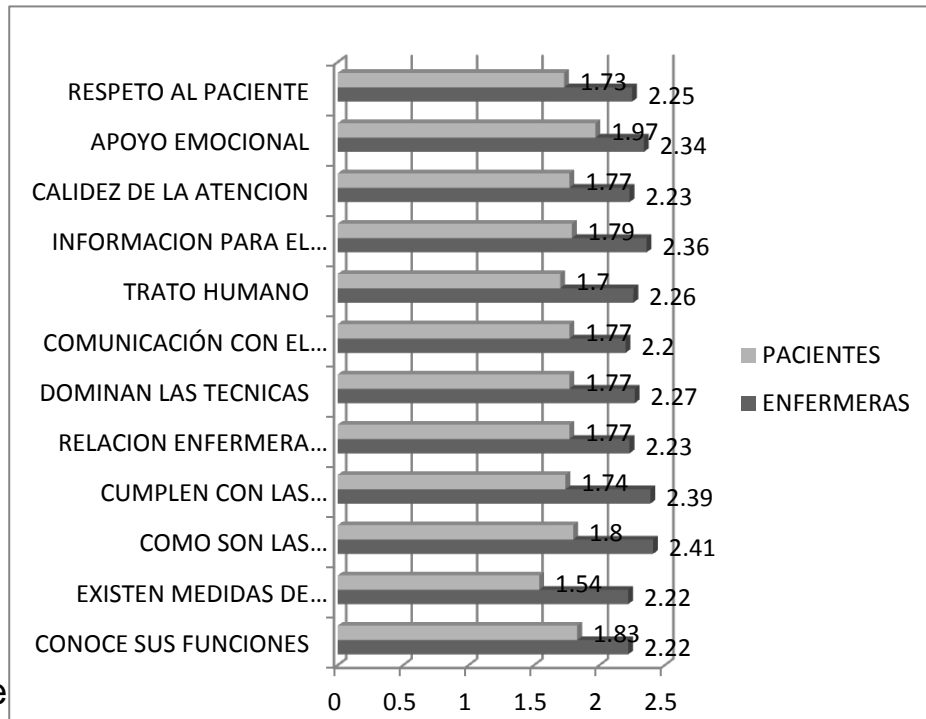
TABLA No. 9

ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE PROCESO Y LOS
TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

		PROCESO* TURNO			
		TURNO			Total
		MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	
1. EXCELENTE CALIDAD PERCIBIDA	Fo	8	2	0	10
	%	5.2%	2.7%	.0%	3.6%
2. MUY BUENA CALIDAD PERCIBIDA	Fo	72	30	13	115
	%	47.1%	41.1%	25.5%	41.5%
3. REGULAR CALIDAD PERCIBIDA	Fo	69	39	37	145
	%	45.1%	53.4%	72.5%	52.3%
4. DEFICIENTE CALIDAD PERCIBIDA	Fo	4	2	1	7
	%	2.6%	2.7%	2.0%	2.5%
Total	Fo	153	73	51	277
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

De hecho, continua la Dimensión de proceso, el turno nocturno evaluado como de regular e deficiente calidad que se le brinda a los pacientes dado que sus calificaciones son de 72.5%, lo cual implica que la gran mayoría del personal de enfermería está consciente de todas las carencias que tiene el turno nocturno y también el turno vespertino, con 53.4% y el turno matutino con el 45.1%. Se esperaría que al tener mejor estructura hospitalaria, se mejore también la dimensión de Proceso de atención a los usuarios.

GRÁFICA No. 41

ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE PROCESO Y LOS
TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

Con e... jo del personal de enfermería y la dimensión de resultados en donde se detectó un ANOVA de ($F= 17.945$, $gl_{intergrupos} =3$, $gl_{intergrupos}= 267$, prob hos Tukey, prob. = .002 para el turno nocturno versus matutino y vespertino). Esto quiere decir que es el turno nocturno quienes hacen la diferencia, mostrando que 72 de cada 100 sujetos perciben una calidad regular particularmente por la satisfacción con la atención recibida, los diagnósticos oportunos, tratamientos adecuados, las iatrogenias, etc. Esto por el contrario, no se ve apoyado en el turno matutino (46%) y turno vespertino (56%) quienes aun cuando los perciben en forma regular la satisfacción ellos, la perciben en menor porcentaje.

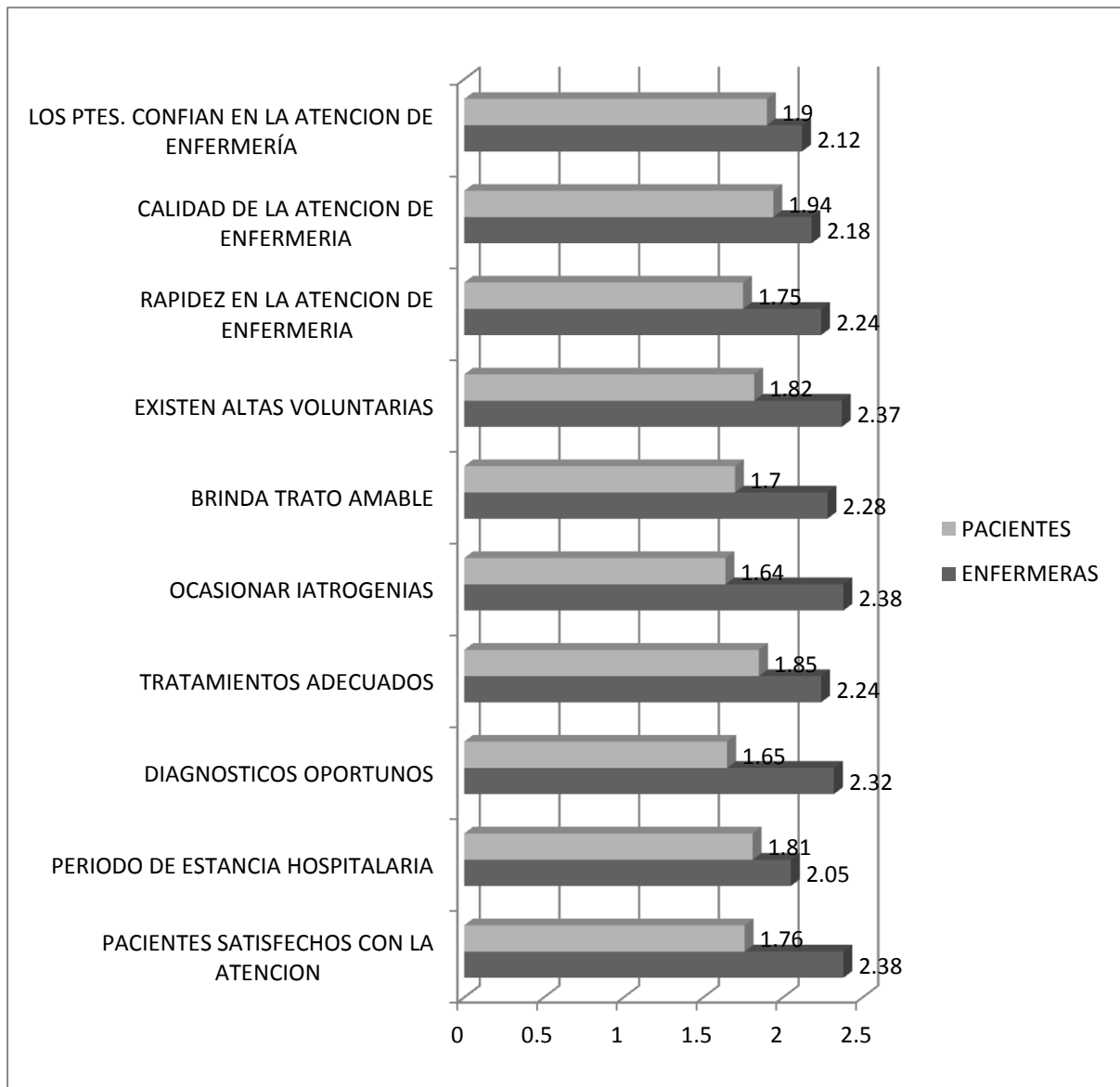
TABLA No. 10

ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS Y
LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA

		RESULTADO TURNO			
		TURNO			Total
		MATUTINO	VESPERTINO	NOCTURNO	
1. EXCELENTE CALIDAD PERCIBIDA	Fo	7	1	0	8
	%	4.7%	1.6%	.0%	3.0%
2. MUY BUENA CALIDAD PERCIBIDA	Fo.	73	26	14	113
	%	49.0%	41.9%	25.0%	42.3%
3. REGULAR CALIDAD PERCIBIDA	Fo.	69	35	39	143
	%	46.3%	56.5%	69.6%	53.6%
4. DEFICIENTE CALIDAD PERCIBIDA	Fo.	0	0	3	3
	%	.0%	.0%	5.4%	1.1%
Total	Fo.	149	62	56	267
	%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

GRÁFICA No. 42

ANÁLISIS ANOVA ENTRE LA DIMENSIÓN DE RESULTADOS Y LOS TURNOS DE TRABAJO DE ENFERMERÍA



En la Tabla No. 10 y la Gráfica No. 42, se puede observar que es el propio personal de enfermería de los turnos: 69.6% nocturno, 56.5% vespertino y 46.3% matutino, quienes califican de regular la calidad de enfermería la tención a los pacientes. Por el contrario, los

pacientes se encuentran altamente satisfechos con la atención percibida por el personal de Enfermería.

5. DISCUSIÓN.

En este capítulo se presenta la discusión que permite contrastar los resultados obtenidos en esta investigación con la teoría y los resultados de otras investigaciones similares. Esto significa que con esta contrastación se podrán interpretar los resultados obtenidos en función de la calidad de la atención recibida por los pacientes y por el personal de enfermería, así como también hacer inferencias con base en la opinión a la luz de los objetivos de la opinión y en función de la calidad de la atención de enfermería.

- En los datos GENERALES

En los datos generales se obtuvo la medición de: edad, categoría, sexo y turno en encuestas que respondieron 330 enfermeras y 100 pacientes haciendo un total de 430 entrevistas aplicados. En cuanto a la edad del personal de enfermería el 41.82 % tiene edad entre 31 y 35 años lo cual indica que son personas en plena capacidad productiva capaces de emitir una opinión válida en relación a la calidad.

En términos generales se puede decir que en cuanto a la edad de los 430 encuestados el 37.91% tienen de 31 a 45 años y el 25.82% tienen entre 26 a 30 años de edad. Así, para Govin Schull (2008:2) los años de experiencia son un factor fundamental en el desarrollo de cualquier actividad humana y más aún en lo referente a la salud y es importante cuando se evalúa el estado de salud de la población

ya que conjuntamente con la superación científica-técnica del personal, disminuyen los factores de riesgo que se desvían del determinante salud pública.

En relación a la categoría el ítem solo se midió en el personal de enfermería, en donde 284 personas entrevistadas fueron enfermeras generales lo que implica un 66.05% y un 9.30% contestó las enfermeras especialistas son personas que por su calidad profesional conocen en qué consisten los servicios de calidad en salud. Aunque en esta investigación solo se entrevistaron enfermeras y pacientes también se sabe que en una investigación de Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en el Hospital Santa Fé: Un estudio basado en la opinión del personal de enfermería, médicos, pacientes y familiares. Balseiro (2005:33). La población de estudio fueron 200 enfermeras de los diferentes turnos, 300 médicos, 300 pacientes y 200 familiares. La muestra estudiada fueron 163 enfermeras, 127 pacientes, 119 médicos y 101 familiares. Esto representa para las enfermeras el 58.12% del universo, para los médicos el 21.63%, para los pacientes el 21.16% y para los familiares el 25.25% del universo. En este estudio se tuvo la oportunidad de evaluar la atención de enfermería desde varios puntos de vista siendo calificada como positiva la acreditación del profesional de enfermería de forma heterogénea.

En relación con el sexo el 80.47% de las encuestas obtenidas fueron del sexo femenino, en tanto que el 19.53% fueron del sexo

masculino. Esto da idea de que todavía en el Instituto Nacional de Rehabilitación predomina el personal de enfermería del sexo femenino, por ser una profesión que ha captado en su mayoría mujeres para el cuidado.

En cuanto al turno en el que trabaja el personal de enfermería, el 54.54% pertenece al turno matutino, el 24.24% al turno vespertino y el 21.22% al turno nocturno. En el caso de los pacientes, el 60% de ellos pertenecen a hospitalización y el 40% a consulta externa. Desde luego, al tener las entrevistas con los pacientes hospitalizados se puede pensar que estos pacientes pueden emitir una opinión entorno a la calidad de la atención que reciben.

- En la dimensión de ESTRUCTURA

En la dimensión de estructura se midieron los siguientes indicadores: dotación de mobiliario y equipo, distribución de espacios, funcionamiento de equipos electrodomésticos, dotación del personal de enfermería, capacitación de las enfermeras, dotación de medicamentos, dotación de ropa, existencia de manuales de organización, calidad de los alimentos, y existencia de premios y estímulos para el personal. En total fueron 10 indicadores que midieron la dimensión de estructura.

En los resultados el 46.36% del personal de enfermería manifestó que a veces hace falta material y equipo por lo que a veces deben pedírselo a los familiares. En el caso de estos últimos por el

contrario, el 57% piensan que la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para su atención. Desde luego, al ser las propias enfermeras quienes otorgan el cuidado, es lógico que consideren que les falta material y equipo por lo que ellas deben improvisar para conseguir los recursos, lo que los pacientes esta situación no la ven, dado que las enfermeras son las que se ven obligadas a dotar de material y equipo para trabajar con los pacientes.

En términos generales el 43.73% de enfermeras y usuarios manifiestan que si existe suficiente dotación de mobiliario y equipo en el Instituto para el trabajo de enfermería en la atención de los pacientes. En el caso de las enfermeras el turno menos dotado de material y equipo es el turno de tarde donde el 60% considera que les falta material y se lo tienen que pedir a los familiares. Estos resultados contrastan con una investigación realizada por Balseiro: 2007 en el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE en donde el 59.59% de los usuarios piensan que existe suficiente equipo y mobiliario para la atención de los pacientes.

En cuanto a la distribución de espacios el 49.69% del personal de enfermería consideró que la distribución es regular porque los espacios son reducidos y esto dificulta que se pueda transitar rápida y libremente. Para el caso de los pacientes, el 65% de ellos considera que la distribución es buena ya que los espacios son amplios y se puede transitar. Lo anterior da idea de que los pacientes aceptan la distribución, porque ellos generalmente están

encamados, no siendo así el personal de enfermería quien es el que debe transitar y posiblemente tropezar con equipo y mobiliario del hospital.

En relación con el funcionamiento del equipo electromédico el 46.66% del personal de enfermería dice que el funcionamiento es regular, que a veces fallan los aparatos, pero que otras veces funcionan bien. Por el contrario, en el caso de los pacientes el 45% dice que el funcionamiento es excelente aunque hay un 18% que considera que el funcionamiento es regular, coincidiendo con el personal de enfermería en relación a las fallas de los aparatos para la atención de los pacientes. De hecho, para el 40% de enfermeras y pacientes el funcionamiento es regular y que a veces fallan los aparatos aunque otras veces funcionan bien. Los turnos de enfermería que contundentemente manifiestan fallas son: en el turno de mañana en un 48.89% y el turno de tarde en un 57.50%.

Los resultados anteriores contrastan con los de la investigación de Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en el Hospital Santa Fé: Un estudio basado en la opinión del personal de enfermería, médico, pacientes y familiares. Balseiro (2005:33) en relación a si existe suficiente dotación de mobiliario y equipo electromédico en un hospital privado, en donde el 58.90% de las enfermeras coinciden que la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de enfermería, en tanto, el 74.02% de los pacientes dicen que siempre ha habido suficiente dotación de materiales y equipos, el 60.50% de los

médicos y el 67.33% de los familiares consideran que siempre ha habido suficiente dotación de mobiliario y equipo médico. Llama la atención que los pacientes, médicos y familiares califican y coinciden en sus respuestas, en tanto las enfermeras tienden a disminuir su calificación considerando como si la “mayoría de las veces” cuenta con la dotación de material y equipo para el trabajo de enfermería.

En cuanto a la dotación del personal de enfermería en los servicios el 51.21% de las enfermeras consideran que a veces si hay personal, pero que otras veces falta el personal especialmente los días festivos y fin de semana. En el caso de los pacientes el 55% de ellos manifiestan que la mayoría de las veces si se cuenta con el suficiente personal para la atención de los pacientes aunque hay un 16% que coincide con las enfermeras en la necesidad de dotar personal en la institución. Se cree entonces que si el personal de enfermería reconoce la falta de recurso humano especialmente los días festivos y fines de semana, entonces no se podría hablar de calidad de atención en los servicios. Desde luego, los pacientes podrían no darse cuenta de esta carencia a pesar de que un 16% si lo nota porque las enfermeras doblan turno o se recluta personal de otros servicios para cubrir esta necesidad.

Entonces, en cuanto a la dotación del personal de enfermería en el servicio, el 43.04% de enfermeras y pacientes considera que a veces si hay personal, pero otras veces, falta el personal especialmente los días festivos. Esto significa que los turnos que

tienen menos dotación de personal son en un 60% el turno de tarde, en un 52.78% el turno de mañana y en un 37.18% el turno de noche. De hecho, en una investigación sobre calidad de la atención de enfermería en la Habana, Cuba de Ivana de los Ángeles Govin Schull, se encontró que cuando hay un incremento en la plantilla de personal, se favorece el mejoramiento en la calidad de la atención de enfermería (Govin Schull, 2002:1).

En cuanto a la capacitación que recibe el personal de enfermería el 55.45% del personal considera que sí está capacitado pero para el 32.42% piensan que el personal de enfermería le falta capacitación. En el caso de los pacientes el 51% de ellos, dicen que el personal de enfermería sí está capacitado coincidiendo con las enfermeras. Ahora bien, llama la atención que siendo un Instituto de salud cuya función principal es la enseñanza y capacitación debiera tener la capacitación del personal dentro de sus objetivos prioritarios a fin de que el personal de enfermería pueda brindar la más alta calidad de atención a los pacientes. En términos generales, el 54.44% del personal manifiesta que si están capacitadas las enfermeras. Esto lo dicen el 51% de los pacientes y el 73.34% de las enfermeras del turno de mañana. Estos datos contrastan con el 60% del personal del turno vespertino que es el que indica que falta capacitación. De hecho, es bien sabido que la baja calidad de los recursos humanos que laboran en el sector de la salud, así como el clima laboral conflictivo genera insatisfacción de la población con los servicios. Es fundamental la capacitación de los recursos humanos para hacerlo competente ante los retos de la calidad (Govin Schull 2008:1).

En torno a la dotación de medicamentos, el 45.45% del personal de enfermería considera que a veces hay medicamentos pero que otras veces falta la dotación mínima necesaria en los servicios. Por el contrario, el 52% de los pacientes consideran que la mayoría de las veces si hay medicamentos que se requieren para la atención de los pacientes. Desde luego, en estos porcentajes los pacientes contradicen al personal de enfermería aunque hay que reconocer que los desabastos de los medicamentos hacen que el personal de enfermería improvise para tener una dotación mínima necesaria y con ello, garantizar la atención de calidad a los pacientes.

En cuanto a la dotación de medicamentos el 43.27% de pacientes y enfermeras comentan que la mayoría de las veces si hay medicamentos aunque el 60% de las enfermeras del turno de tarde consideran que a veces si hay medicamentos pero que otras veces falta la dotación mínima necesaria. También las enfermeras del turno de mañana en un 40% y las del turno de noche en un 42.85% consideran que a veces faltan los medicamentos necesarios para los pacientes. Estos resultados contrastan con una investigación realizada por Balseiro: 2007 en el Hospital 1º de Octubre del ISSSTE en donde el 80.31% de los usuarios refieren que existe suficiente dotación de medicamentos para su atención. Por el contrario, en un estudio de Morales Torres sobre Calidad de la atención de enfermería desde la perspectiva del paciente, se encontró que además de las de atención de enfermería, se encontraron dos categorías más en relación con la de atención, que son: las correspondientes a infraestructura y servicios otorgados. En

la infraestructura se encontraron aspectos como la falta de ropa, medicamentos. Respecto a los servicios otorgados por otros departamentos e encontró relevante los tiempos de espera. Se encontró además otra categoría relacionada con las expectativas, cumplidas y futuras de la atención. Estos hallazgos consideran necesario mejorar la atención en pacientes hospitalizados.

En otra investigación de Balseiro (2005:33) en donde se entrevistaron médicos, pacientes, enfermeras y familiares en un hospital privado, se encontró, el 47.23% de las enfermeras consideran que “la mayoría de las veces” si cuenta con suficiente cantidad de ropa para los pacientes, en tanto que el 69.30% de los pacientes, el 84.88% de los médicos y el 78.22% de los familiares coinciden en que el hospital siempre ha suficiente dotación de ropa para los cambios que necesitan los pacientes. Una vez más, las enfermeras califican más bajo la existencia de ropa en el hospital, aunque los médicos, los pacientes y familiares dan una calificación de “excelente” en este rubro.

En cuanto a la calidad de los alimentos ingeridos por los pacientes el 55.15% del personal de enfermería comentan que solo a veces la calidad es buena, pero que otras veces no varían los alimentos y comen lo mismo, en esta opinión coinciden los pacientes en un 15%, para el 53% de los pacientes los alimentos son de buena calidad, variados y por tanto, se apetece consumirlos.

En cuanto a los manuales de organización que fue una pregunta hecha solo para el personal de enfermería, el 56.08% del personal dicen que si hay manuales pero que están en las oficinas de las enfermeras con llave. Por el contrario, el 26.06% del personal manifiesta que si hay manuales pero que se manejan solo en el turno matutino. Por lo anterior, se considera que los manuales al ser instrumentos que guían la actuación del personal, entonces es menester que sea el personal de enfermería quien tenga acceso a ellos para guiar al personal en el trabajo.

En cuanto a los estímulos y premios para el personal de enfermería el 51.51% dicen que si existen premios y estímulos pero que se dan muy esporádicamente. De manera adicional, un 27% manifiestan que si hay estímulos pero se dan solo por preferencias de las autoridades. Desde luego, la opinión de los pacientes en torno a los estímulos manifiesta en un 32% que nunca hay premios o estímulos para el personal. Llama la atención que tanto el turno de tarde y de noche se obtengan cifras altas de un 50% y de un 47.14% en relación a que los estímulos si se dan, aunque por preferencia de las autoridades.

- En la dimensión de PROCESO

La dimensión de proceso fue medida con doce indicadores que son: existencia de conocimiento de la funciones y actividades que deben tener las enfermeras, medidas de seguridad para los pacientes, intervenciones diarias en los servicios, actividades técnicas en los servicios, relación enfermera-paciente, dominio de técnicas y

procedimientos, características de la relación enfermera-paciente, trato humano, comunicación entre enfermera-paciente, calidez de la atención, apoyo emocional del personal de enfermería y respeto por parte de las enfermeras a los pacientes.

En relación al conocimiento de las funciones y actividades que desempeñan las enfermeras en los servicios, se obtuvo que el 57.57% del personal creen que en algunos turnos se conocen cabalmente las actividades y funciones, pero que en otros turnos, no se conocen tanto. Por el contrario, el 66% de los pacientes dicen que la mayoría del personal de enfermería sí conoce las funciones y actividades para el desempeño de su trabajo. Llama la atención que en el turno matutino y vespertino las cifras en torno a la no existencia de conocimiento sea en los turnos matutino y vespertino con un 68.33% y 50% respectivamente. Estos resultados son similares a los de Mendoza Pérez (1988:122) que evalúa la calidad de la atención de enfermería por el desempeño de sus funciones y actividades a través de la opinión de los pacientes. Los usuarios opinaron que identifica que la atención de enfermería en general es buena en un 87%, quedando un 13% en la otra categoría. Se pone de manifiesto que no se logró el 100% debido a que hay problemas de surtido insuficiente, inadecuado e inoportuno de equipos, material, medicamentos y ropa.

En relación a la existencia de medidas de seguridad para los pacientes, el 42.12% del personal manifiesta que aunque si existen medidas de seguridad otras veces hay inseguridades, en cambio

para el 48% de los pacientes la mayoría de los pacientes si existen medidas de seguridad.

En términos generales se puede decir que enfermeras y pacientes consideran en un 35.11% que la mayoría de las veces si existen medidas de seguridad para los pacientes. Esto lo afirman en un 31.21% aunque un 42.12% del personal de enfermería considera que a veces hay medidas de seguridad pero que otras veces no las hay, presentándose inseguridades en los pacientes. Esto lo afirma el 44.55% de las enfermeras del turno de la mañana, el 47.50% del turno de tarde y el 40% del turno de noche. Según Avedis Donabedian los siete atributos de la calidad son: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, accesibilidad, equidad y legitimidad. No obstante a estos atributos, hay que añadirle la seguridad clínica (José Luis Temes Montes 2007:611). De igual forma, en una investigación de la calidad de la atención en enfermería Mendoza Pérez (1988:22) el 75% de las enfermeras proporcionan medidas regulares de protección y seguridad al paciente y 25% buena dando esto por la carencia de recursos (jabón, barandales). El porcentaje regular se dio así en función de que el personal, de no contar con los recursos, los improvisa, lo que no puede ser calificado como bueno, pero denota el interés de proporcionar atención adecuada.

En las intervenciones diarias de enfermería, el 38.18% del personal considera que a veces las intervenciones de enfermería no logran satisfacer las necesidades de los pacientes, aunque un 42.42% del propio personal manifiesta que las propias intervenciones son buenas y eso permite que los pacientes estén satisfechos. De igual

forma, el 67% de los pacientes coinciden que las intervenciones diarias de enfermería son buenas por lo que ellos están satisfechos. Así, el 48.16% de las enfermeras y pacientes manifiestan que las intervenciones diarias son buenas y eso permite que los pacientes estén satisfechos. Sin embargo, el 62.50% de las enfermeras del turno de la tarde y el 42.86% del turno de la noche, consideran que las intervenciones no logran satisfacer a los pacientes.

Estos resultados se contrastan con los de una investigación de Evaluación de la calidad de atención de enfermería en el 2º nivel de atención Gómez López (1991:107), que analizando los resultados, se obtuvo que la atención de enfermería que se proporcionó al paciente en el área materno-infantil es buena en relación a los factores de riesgo. Sin embargo, en función de complicaciones por procedimientos, hay falta de vigilancia y control de venoclísis, habiendo incidencia de extravasación de líquidos y ocasionalmente flebitis. En otros procedimientos realizados, no se encontraron complicaciones, principalmente en el servicio de cunas y Neonatología.

En cuanto al cumplimiento de las actividades el 42.42% del personal de enfermería dicen que a veces existe el cumplimiento, pero que otras veces no lo hacen por diversas causas. En la opinión de los pacientes el 63% de ellos, consideran que la mayoría de las veces el personal de enfermería sí cumple con las actividades programadas.

En una investigación sobre evaluación de la calidad de la atención de enfermería desde la perspectiva de pacientes, enfermeras, médicos y familiares de Balseiro (2006:36). En relación a cómo consideran las rutinas de enfermería en el hospital, el 57.67% de las enfermeras creen que las rutinas son “buenas” y esto permite que los pacientes estén satisfechos, el 48.74% de los médicos y el 47.50% de los familiares piensan igual que las enfermeras. Sólo los pacientes en un 51.95% califican de “excelentes” las rutinas de enfermería ya que el personal trabaja coordinadamente en la atención a los pacientes. En cuanto a si las enfermeras cumplen cabalmente con sus actividades, el 54.60% del personal de enfermería manifiesta que “la mayoría de las veces” si cumple con las actividades y lo mismo consideran los pacientes. El 49.59% de los médicos y el 56.44% de los familiares creen que el personal de enfermería sí cumple cabalmente con todas sus actividades encomendadas en la atención de los pacientes. De hecho, los médicos y familiares califican mejor al personal de enfermería que las propias enfermeras del hospital.

En cuanto a la relación enfermera-paciente el 41.51% de las enfermeras dicen que la relación es regular porque hay distanciamiento entre el personal y los pacientes, en cambio para el 64% de los pacientes la relación es buena ya que hay respeto y buen trato

Estos resultados se constatan con los de una investigación de Evaluación de calidad de atención de enfermería en hospitalización Mendoza Pérez (1988:22) el 38% de los pacientes refieren no ser orientados debidamente por el personal de enfermería, lo cual

sugiere la necesidad de mejorar en este sentido la comunicación y la relación interpersonal enfermera-paciente.

En relación al dominio de técnicas y procedimientos por el personal de enfermería el 43.63% manifiesta que a veces el personal si domina las técnicas, pero que otras veces, parece que tiene dudas y estuvieran inseguras. Por el contrario, el 66% de los pacientes evalúa a las enfermeras bien ya que ellos dominan las técnicas y procedimientos, lo que les permite brindar calidad de atención a los pacientes. De hecho, los requisitos para considerar la atención de enfermería como de calidad los determina aquel que recibe o se beneficia del servicio proporcionado. Enfocarse al cliente (paciente) significa investigar sus necesidades y tenerlas presentes al proporcionar la atención. Por tanto, proporcionar atención de enfermería según las expectativas de los pacientes es básico pero de manera lamentable, pocas veces se reflexiona sobre lo que satisfacen al cliente (Balderas Pedrero 2005:123).

En cuanto a las características de la relación enfermera-paciente el 35.15% de las enfermeras dicen que la relación es regular ya que está sujeta a la cantidad de trabajo que tenga el personal. El 71% de los pacientes dicen que la relación es buena y gracias a esta relación se logra la cooperación de los pacientes en su tratamiento.

En relación al trato humano del personal hacia los pacientes en los servicios el 41.51% del personal de enfermería manifiesta que a

veces si hay trato humano pero que a veces el trato resulta inhumano. En este ítem los pacientes calificaron como bueno en un 66% y que este trato hace los pacientes se sientan bien.

Entonces, en la opinión de enfermeras y pacientes se puede decir que el 46.53% dicen que si hay trato humano especialmente en el turno matutino en un 45.55%. Estos resultados coinciden con la investigación de Mendoza Pérez 1988:22) sobre la Calidad de la atención de enfermería en Hospitalización en donde la cordialidad y la amabilidad de la enfermera en el trato al paciente está representada en un 92% que determina el logro casi total de la eficiencia.

En otro estudio sobre calidad de atención desde la perspectiva del paciente de Morales Torres (2004:1) en México, los resultados del estudio permitieron conocer que las dimensiones: atención interpersonal fueron identificadas por los participantes. Algunos aspectos relevantes de la dimensión técnica fueron: el manejo del dolor, la continuidad de la atención de enfermería y la información proporcionada. En cuanto a la atención interpersonal fue relevante el trato que proporciona el personal de enfermería.

En torno a la comunicación entre enfermeras y pacientes el 53.63% de las enfermeras dicen que a veces las enfermeras si informan y se comunican con los pacientes pero otras no lo hacen y esto sucede por exceso de trabajo. Los pacientes en cambio, en un 65%

de las enfermeras si informan a los pacientes todas aquellas cuestiones relacionadas con su tratamiento.

En términos generales, la comunicación entre enfermeras y pacientes en un 42.80% dicen que a veces las enfermeras si se comunican con los pacientes e informan cuestiones relacionadas al tratamiento, pero el 57.23% de las enfermeras del turno matutino, el 45% de las del turno vespertino y el 54.28% de las del turno nocturno, dicen que a veces las enfermeras si se comunican e informan a los pacientes pero que esto no sucede todo el tiempo por el exceso de trabajo. De hecho, para López Montesinos (1998:260), la incidencia que tiene la comunicación en la atmósfera laboral es clara, ya que las relaciones humanas dependerán en gran parte de esa transmisión de información en caso de que no exista o sea escasa la comunicación, situaciones de conflicto y barreras que obstaculicen la calidad final. Como ejemplo, podemos señalar una dirección que marque un estándar de calidad en los cuidados de enfermería y para ello no utilice los requisitos que caracterizan la retroalimentación de una comunicación- concreción, descripción, atención a las necesidades de quien recibe la información, pertinencias y nunca imposición.

En términos generales el 50.23% de enfermeras y pacientes dicen que la mayoría de las veces el personal de enfermería si es cálido en el trato con los pacientes, especialmente el turno matutino en un 46.67% y un 45.71% del turno nocturno. Por el contrario, el 55% del personal del turno vespertino consideran que a veces el

personal es cálido pero que otras veces no lo es y que esto repercute en el trabajo con los pacientes. De cualquier forma, el 72% de los pacientes consideran que existe calidad en la atención del personal de enfermería. Estos resultados se contrastan con las de Balseiro Almario (2006:37), en cuanto a la calidad en la atención de Enfermería a los pacientes, el 47.85% de las Enfermeras piensan que “la mayoría de las veces” el personal de Enfermería si es cálido con los pacientes. De igual forma, el 58.26% de los pacientes consideran que “la mayoría de las veces” el personal de Enfermería sí es cálido en su trato para con los pacientes. Por el contrario, el 58.83% de los médicos y el 54.46% de los familiares coinciden en que el personal de Enfermería es muy cálido en su trato para los pacientes. Esto significa que la calidez del personal de Enfermería está mejor valorada por médicos y familiares que por el propio personal de Enfermería y pacientes.

En cuanto al apoyo emocional el 37.27% del personal de enfermería considera que si apoyan emocionalmente a los pacientes, sobre todo cuando tienen tiempo para hacerlo. Esta forma de pensar la tienen más arraigadas las enfermeras del turno de tarde y de noche. Por el contrario, si apoya emocionalmente a los pacientes especialmente en los turnos matutino y vespertino

En cuanto al respeto por parte del personal de enfermería a los pacientes el 49.09% de las enfermeras dicen que si respetan a los pacientes aunque hay un 34.84% del personal dicen que si respetan a los pacientes aunque otras veces no es así. Por el contrario, en el caso de los pacientes el 69% considera que el personal de

enfermería si respeta a los pacientes, especialmente en el turno matutino y nocturno.

En términos generales el 53.74% de los pacientes y enfermeras manifiestan que si hay respeto por los pacientes, de parte del personal de enfermería, especialmente en el turno matutino en un 58.33%, aunque en el turno vespertino el 55% del personal creen que solo se respetan a los pacientes pero esto no es siempre.

- En la dimensión de RESULTADOS

La dimensión de resultados fue medida con 10 indicadores que son: satisfacción de los pacientes, estancia hospitalaria, diagnósticos oportunos, tratamientos que reciben los pacientes, existencia de iatrogenias, trato amable que brinda el personal de enfermería, altas voluntarias, rapidez en la atención, evaluación de la calidad y confianza que tienen los pacientes en las enfermeras.

En relación a si los pacientes están satisfechos con los servicios del personal de enfermería el 48.15% de enfermeras y pacientes dicen que están muy satisfechos con la atención que las enfermeras les proporcionan. Aquí llama la atención que el 80% de las enfermeras dicen que los pacientes a veces están satisfechos pero otras veces, están muy insatisfechos. También el personal de enfermería del turno nocturno en un 48.57% opinan igual que las enfermeras del turno de tarde.

En una investigación sobre la calidad de atención de enfermería en el 1º de Octubre del ISSSTE (Balseiro: 2007) se afirma que los usuarios entrevistados están en un 72.74% satisfechos y agradecidos por la atención brindada por el personal de enfermería calificando de excelente la relación enfermera-paciente. De hecho, otro resultado mensurable de la intervención sanitaria es el nivel de satisfacción del paciente con las atenciones y tratamiento que recibe. La medida de la satisfacción del paciente no es nueva, aunque en los últimos años su importancia ha aumentado y es una medida de resultado habitual. (Murillo 2006:548).

En una investigación de Calidad de la atención de enfermería (Govin: 2002:1) la satisfacción de los usuarios con la atención que se brinda en una Unidad también refleja calidad y es un elemento que le da prestigio a la insatisfacción ante la comunidad. La evaluación de esta calidad no debe descuidarse, porque constituye un mecanismo de retroalimentación para mejorar el servicio. Investigando a los pacientes se obtuvo más de un 92% de satisfacción, y el aspecto que más insatisfacción generó fue las condiciones de la Unidad. No obstante estos resultados, se pueden hacer más válidos en otras vías, como búsqueda de informantes claves, evaluaciones de la unidad de análisis y tendencia de salud, así como profesores de atención primaria de salud como se hace a nivel de la comunidad atendida por el médico de la familia, lo que ofrecería más información que favorecería la toma de decisiones.

En cuanto a la estancia hospitalaria de los pacientes el 49% de ellos dicen tener una estancia hospitalaria entre 6 a 10 días, y el 62.72% de las enfermeras también coinciden. Sin embargo, el 50% de las enfermeras del turno vespertino creen que el promedio de estancia es entre 11 y 14 días con lo que coinciden con las enfermeras del turno nocturno que manifiestan en un 54.28%. Estos resultados contrastan con los de Balseiro (2006:33), en relación con el promedio de días de estancia hospitalaria todas las respuestas coinciden en que el promedio de días estancia es de 3 a 5 días, ya que la recuperación de los pacientes es rápida. Para el 52.15% de las Enfermeras, el 77.96% de los pacientes, el 73.11% de los médicos y el 44.56% de los familiares el promedio de días estancia hospitalaria es de 3 a 5 días.

En cuanto a si los pacientes reciben oportunos diagnósticos el 50.90% de las enfermeras y el 53% de los pacientes dicen que la mayoría de las veces los pacientes si reciben diagnósticos oportunos ya que les ayudan mucho en su restablecimiento. Sin embargo, hay un 33.66% de las enfermeras que piensan que los diagnósticos tardan en darse.

Estos resultados contrastan con los reportados por Balseiro (2006:37). En torno a si los pacientes del Hospital Santa Fé reciben diagnósticos oportunos en sus tratamientos, el 71.65% de los paciente y el 70.30% de los familiares coinciden en que efectivamente los pacientes si reciben los diagnósticos oportunos y gracias a ello se les puede atender rápidamente.

En relación con los tratamientos que reciben los pacientes si son o no los adecuados, el 45.75% de las enfermeras, dicen que a veces los tratamientos si son los adecuados, pero que otras veces no lo son y que eso se retrasa la recuperación de los pacientes. Por otra parte, el 54% de los pacientes si comentan que los tratamientos son los adecuados y por ellos se obtienen buenos resultados.

Estos resultados son similares a los de Balseiro (2006:37) que en relación a si los tratamientos de los pacientes son los adecuados, el 54.60% del personal de enfermería creen que los tratamientos de los pacientes son los adecuados y se obtienen buenos resultados, en cambio para el 74.02% de los pacientes, el 66.40% de los médicos y el 72.28% de los familiares los tratamientos que se les dan a los pacientes si son los adecuados y esto permite su pronta recuperación.

En cuanto a si existen iatrogenias de parte del personal de enfermería a los pacientes en el Instituto, se pudo observar que el personal de enfermería en un 36.96% dicen que ellas no cometen iatrogenias aunque a veces por exceso de trabajo no se lavan las manos. De igual forma, el 36.52% de los pacientes coinciden con el personal. A pesar de ello, el 29.09% de las enfermeras comentan que no se ha comprobado que el personal de enfermería contribuya a las enfermedades de los pacientes aunque muchos así lo piensen. Este es el pensamiento del 45.00% de las enfermeras del turno vespertino y del 50% del turno nocturno.

Estos resultados son similares a los reportados en Balseiro (2006:37) en cuanto a si consideran que existen iatrogenias causadas por médicos o enfermeras se obtuvo que el 34.97% del personal de enfermería creen que a veces cuando hay descuidos, sí existen errores que pueden llamarse iatrogenias. Por el contrario, el 73.23% de los pacientes, el 36.14% de los médicos y el 66.34% de los familiares coinciden en que en el hospital no hay ninguna iatrogenia causada por errores médicos o de enfermería. Desde luego, la no presencia de iatrogenias en el Hospital refuerza aún más la satisfacción de los pacientes y garantiza la calidad de la atención.

En relación con el trato amable que brinda el personal de enfermería a los pacientes el 54.54% de las enfermeras consideran que a veces creen que el trato no es de mucha amabilidad y cortesía dado al exceso de trabajo que tiene el personal. Por el contrario, el 60% de los pacientes dicen que el trato es bueno y que si existe cortesía especialmente en el personal de enfermería de todos los turnos.

En cuanto a la rapidez de la atención de enfermería en los servicios el 42.24% de las enfermeras consideran que es una atención rápida ya que las enfermeras la mayoría de las veces acuden con prontitud. En esta aseveración los pacientes coinciden en un 60% en donde reportan que si hay una atención rápida. Estos resultados son similares a los de Balseiro (2006:38) en donde las respuestas

que se obtuvieron fueron que el 44.89% del personal de enfermería creen que la atención es rápida, ya que la enfermería “la mayoría de las veces” acude con prontitud. Esta misma opinión la externaron el 50.43% de los médicos, el 44.89% de los pacientes y el 52.48% de los familiares.

En relación con la evaluación de la calidad de la atención de enfermería en los servicios, el 61.81% de las enfermeras dicen que la calidad es buena y en esta coincide el 63% de los pacientes. Así, en la distribución por turno del personal de enfermería el 83.33% del turno de mañana creen que la calidad es buena y solo 61.25% del turno vespertino creen que la calidad es regular. Llama la atención que el turno nocturno usualmente está menos dotado de recursos el 42.86% piensan que la calidad también es buena coincidiendo con el turno de mañana y con los pacientes. Así, la evaluación de la calidad de la atención desde sus inicios al comparar los resultados obtenidos en el estado actual de salud, según objetivos propuestos, valora además de los servicios médicos brindados, las características propias del paciente y población, las de la familia y las influencias del ambiente y la sociedad para Trincado Agudo (1995:1).

De hecho, evaluar la calidad asistencial implica medir para comparar los resultados obtenidos y poder así tomar decisiones. Entonces, hay que evaluar las dimensiones de la calidad que son: estructura, procesos y resultados obtenidos en Torres Montes (2007:612).

En cuanto a la confianza que tienen los pacientes de la atención que proporcionan las enfermeras en los servicios, el 60.30% de las enfermeras dicen que ocasionalmente los pacientes confían en el personal. Por el contrario, el 57.00% de los pacientes dicen que ellos si confían en la atención que enfermería les proporciona.

Los resultados anteriores son similares a los de la investigación de Evaluación de la calidad de atención de enfermería en hospitalización de Mendoza Pérez (1988:22) que encontró que al efectuar los procedimientos, el 73% de las enfermeras platican con el paciente, factor primordial para obtener la confianza y colaboración del mismo; el resto es inquietante porque modifica la calidad de la atención que se le proporcione.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este capítulo se presentarán los principales hallazgos de la investigación realizada en torno a la Calidad de la atención de enfermería en el Instituto Nacional de Rehabilitación, con base en la opinión del personal de enfermería y los usuarios. También se presentan las recomendaciones que se dan, tanto a la organización hospitalaria, como al personal de enfermería en su conjunto, a fin de poder mejorar la calidad de la atención de manera continua y permanente.

6.1 CONCLUSIONES

Se lograron los objetivos de la investigación al poder analizar la Calidad de la atención de enfermería, con base en la opinión de en opinión de enfermeras y pacientes. Con 330 encuestas realizadas al personal de enfermería en los tres turnos de trabajo y 100 pacientes entrevistados, lo que da un total 430 sujetos de estudio, se pudo detectar en los **Datos generales** que las enfermeras y pacientes tienen edad de entre 31 y 35 años, del personal entrevistado de enfermería tienen la categoría de Enfermeras Generales, la mayoría de los entrevistado fueron del sexo femenino entre enfermeras y pacientes y las entrevistas a las enfermeras se realizaron en su mayoría en el turno matutino.

En cuanto a las dimensiones estudiadas de estructura, proceso y resultados, se pudo identificar en opinión de las enfermeras que existen problemas de carácter estructural en el Instituto, que inciden directamente en la calidad de la atención como son: la dotación de ropa, la existencia de manuales de organización para el trabajo, distribución de espacios de las áreas básicas del hospital, el funcionamiento de los equipos electromédicos, dotación de mobiliario y equipo, dotación de medicamentos y la capacitación del personal de enfermería en forma institucional.

En relación con los pacientes también desde el punto de vista de la **estructura**, opinaron que los problemas se observaron en el equipo electromédico utilizado en el hospital no tiene un buen funcionamiento, así como también la dotación del personal de enfermería. Esto significa que siendo las enfermeras las que conocen la problemática estructural que se vive en el Instituto, califican como de problemática la dimensión de estructura en aras de la calidad de la atención. Por el contrario, en el caso de los pacientes, esta dimensión fue calificada como muy positiva por ellos y no reconocen la problemática real, dado que el personal de enfermería hace todo lo posible para suplir las carencias estructurales y brindar la atención.

- En relación a la **dimensión de Proceso** el personal de enfermería, también califica en forma negativa el proceso de atención a los pacientes especialmente en el turno nocturno y vespertino que son los turnos menos dotados de recursos

materiales y que han evidenciado problemática significativa en las enfermeras con los conocimientos de funciones y actividades para el desempeño de su puesto, manifiestan problemática entre la comunicación enfermera-paciente, en la calidez de atención, en el dominio de técnicas y procedimientos, en el cumplimiento de actividades, en la seguridad del paciente, en el trato humano, en las intervenciones diarias de enfermería, en apoyo emocional al paciente, en las características de relación enfermera-paciente y en el respeto a los pacientes. Si bien es cierto que se encontró la mayoría de los indicadores medidos con resultados negativos por el personal de enfermería, no así con los pacientes que solo califican como negativos dos indicadores el apoyo emocional y el respeto por parte del personal de enfermería. Esto quiere decir una vez más que las enfermeras reconocen la problemática estructural que vive el Instituto y que es determinante para poder brindar una calidad de atención de proceso a los pacientes. Sin embargo, para estos, el proceso de atención sigue siendo evaluado como muy positivo.

- En relación a la **dimensión de resultados** se pudo evidenciar también que hay indicadores negativos en las respuestas dadas por el personal de enfermería cuando manifiestan problemática en el trato hacia los pacientes, en los tratamientos que reciben los pacientes, en la rapidez de la atención, en las iatrogenias ocasionadas por el propio personal de enfermería y en las altas voluntarias. En el caso de los pacientes solamente se detectó un indicador negativo que es la confianza que tienen los pacientes en la atención proporcionada por las enfermeras.

Con los resultados anteriores y utilizando la estadística de “t” de student para conocer las diferencias de opiniones entre enfermeras y pacientes en torno a la estructura, proceso y resultados y la ANOVA para diferenciar los turnos matutino, vespertino y nocturno, se puede comprobar para las enfermeras la hipótesis nula que dice:

H₀: Existe una baja calidad de atención de enfermería, con base en la opinión del personal de enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F. Por el contrario, para el caso de los pacientes y de acuerdo al análisis inferencial realizado se comprobó la hipótesis de trabajo que dice:

H₂: Existe una alta calidad de la atención de enfermería, con base en la opinión del personal de Enfermería y de los usuarios en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en México, D.F.

En relación a los **objetivos específicos** en donde se solicitaba identificar los logros y posibles desviaciones que tiene la actuación del personal de enfermería en las dimensiones de la calidad de estructura, proceso y resultado con base en la opinión de los usuarios y del propio personal de enfermería, se encontró que el área problemática es definitivamente la dimensión de estructura, de proceso y resultados con base a la opinión de las enfermeras. Sin embargo, para los pacientes que no evidencian la problemática estructural del Instituto, la atención recibida si es de calidad porque ven beneficios en su salud.

6.2 RECOMENDACIONES

- Para la organización hospitalaria

- Realizar estudios de máximos y mínimos por turno de trabajo para contar con los stocks mínimos necesarios que permitan la eficacia funcional del personal de enfermería en el área hospitalaria.
- Programar el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos electromédicos en coordinación con los ingenieros biomédicos para garantizar su funcionamiento en el trabajo que realizan tanto las enfermeras como los médicos.
- Realizar cálculos de personal tomando en cuenta el índice de enfermera-paciente por servicio, especialmente para los turnos vespertino y nocturno tomando en cuenta los permisibles de fin de semana y días festivos para contar siempre con el personal necesario.
- Realizar un programa anual de capacitación para el personal de enfermería a partir de un diagnóstico situacional de necesidades de capacitación por turno para que este personal desarrolle sus capacidades en cada uno de los puestos en los que trabaja para brindar la calidad de la atención necesaria.

- Analizar un mínimo de dotación al servicio de farmacia de los medicamentos del cuadro básico institucional para que no existan carencias de ninguna índole y que el personal de enfermería cuente con estos medicamentos en la atención de los pacientes.
- Realizar un análisis mínimo de la dotación de ropa hospitalaria, incluyendo las posibles bajas de la ropa de los pacientes a fin de dotar la suficiente cantidad de ropa para los cambios que los pacientes necesitan.
- Realizar evaluaciones continuas al servicio de dietología a fin de visualizar la variedad y calidad de los alimentos que consumen los pacientes, para hacer eficiente este servicio en aras de calidad.
- Supervisar y contar con manuales de organización de enfermería, que integren: manuales de bienvenida, descripción de puestos, de cálculos de personal, de reclutamiento, etc. como instrumentos indispensables para el trabajo de las enfermeras.
- Programar cursos de educación continua institucional en donde se ventilen los conocimientos y habilidad sobre las funciones y actividades del personal de enfermería, incluso por categoría. Incluyendo cursos de comunicación, liderazgo, programas de

trabajo y relaciones humanas que permitan conocer los principios básicos del buen trato o del trato digno a los pacientes del Instituto.

- Crear un programa sobre medidas de seguridad a los pacientes para garantizar que el paciente pueda lograr su recuperación sin riesgos, durante su estancia hospitalaria.
- Realizar evaluaciones continuas a los pacientes en relación al grado de satisfacción para tomar en cuenta las evaluaciones y mejorar la calidad de la atención.
- Incrementar los canales de comunicación entre el equipo de trabajo: autoridad, médicos, enfermeras, laboratoristas, personal de intendencia, etc. para lograr la armonía y la coordinación de esfuerzos que permitan brindar calidad de atención a los pacientes.
- Incrementar la plantilla de personal para realizar la cobertura de atención científico-técnica del personal de enfermería a todos los pacientes internados en el Instituto y lograr su satisfacción por el servicio recibido.

- Para el personal de enfermería
- Dotar al personal de enfermería de todos los insumos necesarios en cuanto a material y equipo especialmente para los turnos vespertino y nocturno a fin de que se garanticen la atención de calidad a los pacientes.
- Proponer a la autoridad hospitalaria de enfermería como debe ser la distribución de los espacios a fin de contar con áreas físicas confortables que permitan el libre tránsito y con una excelente distribución.
- Probar el funcionamiento del equipo electromédico antes de cualquier intervención que tengan las enfermeras con los pacientes con el objeto de solucionar y corregir el mal funcionamiento para evitar que los aparatos funcionen bien y no fallen.
- Realizar cálculos de personal por servicio y por turno distribuyendo el recurso humano necesario, para dotar de la cantidad necesaria de personal a los turnos cada día según categoría, según especialidad y según el servicio.
- Invitar al personal de enfermería a dar su opinión en la realización del diagnóstico situacional de necesidades de

capacitación de que sea el propio personal que proponga la capacitación integral del Instituto con base a sus necesidades.

- Realizar un stock máximo y mínimo de medicamentos para cada servicio a fin de que el propio personal de enfermería del turno matutino gestione las carencias y necesidades del servicio y cuente el personal del turno nocturno con los medicamentos necesarios para los pacientes.
- Solicitar a los pacientes sus opiniones en torno a los alimentos, variedad, sabor, presentación, etc. a fin de que sea el propio paciente quien de la pauta de las mejoras que hay que hacer a los alimentos.
- Contar con Manuales de Organización de enfermería en donde el personal encuentre un apoyo en la realización de su trabajo cotidiano con los pacientes.
- Fomentar la participación en el programa de Estímulos y Recompensas que permita la obtención de premios al personal de enfermería por las tareas realizadas.
- Asistir a los cursos que forman parte del Programa de Evaluación Continua de enfermería en sus horarios de trabajo para adquirir y

reafirmar los conocimientos y habilidades de las funciones y actividades que se desempeñan como parte del perfil del puesto.

- Incrementar la relación enfermera-paciente con respeto y buen trato, estableciendo mayor comunicación, para lograr la confianza de los pacientes y con ellos su cooperación positiva en relación a su tratamiento.
- Enfatizar el trato humano y digno a los pacientes durante su estancia hospitalaria y en el seguimiento que se haga en el hogar para poder lograr la total rehabilitación de los pacientes.
- Propiciar un trato cálido a los pacientes para interactuar con ellos las cuestiones relativas a su tratamiento, durante su estancia hospitalaria y fuera de la institución.
- Evaluar el grado de mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería cada 6 meses mediante la disminución de las complicaciones y factores de riesgo en los pacientes.
- Proporcionar atención de calidad de enfermería según las expectativas de los pacientes, tomando en cuenta sus necesidades, sus costumbres y sus requerimientos.

- Realizar investigaciones sobre calidad de la atención de enfermería que puedan ser publicadas en revistas científicas de enfermería en el ámbito internacional y nacional.

7. ANEXOS Y APÉNDICES

- ANEXO No. 1: DIFERENCIAS ENTRE CALIDAD Y GARANTÍA DE LA CALIDAD.
- ANEXO No. 2: EXPRESIONES SOBRE LA CALIDAD SEGÚN AUTORES.
- ANEXO No. 3: COMPONENTES ESPECIALES DE UN PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITALARIA.
- ANEXO No. 4: PRINCIPIOS DE EDUARD DEMING.
- ANEXO No. 5: STANDARES PARA MEDIR LA CALIDAD DE UN SERVICIO.
- ANEXO No. 6: BIOGRAFÍA DE AVEDIS DONABEDIAN.
- ANEXO No. 7: DIMENSIONES DE LA CALIDAD SEGUN LA TEORÍA DE AVEDIS DONABEDIAN.
- ANEXO No. 8: MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA TEORÍA DE AVEDIS DONABEDIAN
- ANEXO No. 9: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD CON LA MATRIZ DOFA.

- ANEXO No. 10: ELEMENTOS BÁSICOS DE LAS NORMAS ISO 9000.
- ANEXO No. 11: NORMAS DE OBTENCIÓN DE UNA CERTIFICACIÓN PARA ISO 9001, 9002 Y 9003.
- ANEXO No. 12: PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA JOINT COMMISSION
- ANEXO No. 13: PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA AMERICAN NURSES' ASSOCIATION
- ANEXO No. 14: CALIDAD DE ATENCIÓN INTERPERSONAL DE ENFERMERÍA.
- ANEXO No. 15: LA SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR.
- APÉNDICE No. 1: CUESTIONARIO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA
- APÉNDICE No. 2: CUESTIONARIO DE LOS PACIENTES

ANEXO No. 1

DIFERENCIAS ENTRE CALIDAD Y GARANTÍA DE LA CALIDAD

CONCEPTO	GARANTÍA DE CALIDAD	CALIDAD TOTAL
Objetivo	Evaluación final	Ahorro evaluado
Implicados	Equipo externo	Todos
Auditoría	Interna y Externa	No
Responsabilidad	Sectorial	Colegiada
Ordenación	Dirección	Círculos de calidad
Mejora	No prevista	Constante
Error inicial	Desconocido	Cero
Beneficios	No repercuten sobre el trabajo	Repercuten sobre el trabajo
Funcionamiento	Dependiente	Autónomo
Interrupción	Dirección	Mercado (usuarios)

FUENTE: HERVAS M; Francisco. *El hospital y la sociedad asistencial: calidad y rentabilidad*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2007. p. 235.

ANEXO No. 2

EXPRESIONES SOBRE LA CALIDAD SEGÚN AUTORES

De calidad se habla desde la creación del universo: “Dios vio que todo lo que había hecho estaba muy bien” Génesis 1.31

Cada autor y cada organización la definen a su manera y de acuerdo al momento que se viva:

“La calidad es un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: El Estado, los Proveedores y los Usuarios” Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud

“Los hombres pueden hacer bueno lo que es malo y malo lo que es bueno”: Cicerón

“Lo bueno es bueno aunque carezca de nombre”: L. Tolstoi

“La calidad requiere planeación, control y mejoramiento” J. M. Juran

“Por supuesto que el cliente es lo primero” ¿Quién no lo sabe?:
P.B. Crosby

“Es erróneo asumir que la calidad proviene del Departamento de calidad”: P.B. Crosby

“Calidad, productividad y posición competitiva están interrelacionadas”: Edward W. Deming

“Los momentos de la verdad califican la calidad del servicio”: J. Carlzon

“Lo intangible del servicio no debe ser excusa para no medir su calidad”: H. Cantú

“La calidad de la atención médica es una idea extremadamente difícil de definir”: Avedis Donabedian

“Hay tres enfoques principales para la evaluación de la calidad en salud: Estructura, proceso y resultado”: A. Donabedian

“El grado de calidad en salud es la medida de que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable”:
Donabedian

“Existen diferentes conceptos acerca de qué constituye la Atención Médica; lo que a su vez, lleva “a diferentes formulaciones de lo que constituye la calidad””: A. Donabedian

“La percepción del paciente determina la calidad del servicio”:
B. Mejía

FUENTE: MALAGON L; Gustavo y Cols. *Garantía de la calidad en salud*. Ed. Médica Panamericana. México, 2001. p. 45.

ANEXO No. 3

COMPONENTES ESENCIALES DE UN PROGRAMA DE CALIDAD HOSPITALARIA

El objeto que perseguimos con un Programa de Calidad Hospitalaria es la **mejora continua de los resultados** en los pacientes. Por tanto, el plan o programa de calidad tiene que establecer los enfoques que la organización piensa dar a los esfuerzos para mejorar y alcanzar los objetivos relacionados con esta mejora.

Estos enfoques abarcarán los aspectos que cada organización considere fundamentales, pero centrados en los siguientes:

- Grupos de trabajo coordinados de varios integrantes.
- Aspectos interdisciplinarios, que abarquen varias disciplinas y áreas de trabajo.
- Procesos en los que se estudien las actividades interrelacionadas dirigidas hacia un objetivo.
- Orientación o resultado de mejora y por tanto, resulta mensurables y evaluables.

Características básicas del Programa de Calidad

- Debe estar enmarcado en el ámbito y la cultura de la organización hospitalaria, es decir, que debe tener en cuenta la misión o la razón de ser de la organización, los valores de ésta, y la visión u horizonte que esperamos alcanzar.
- Debe ser coherente con la planificación estratégica.
- Ha de contemplar objetivos sobre áreas y procesos de mejora de la actuación (qué queremos mejorar y cómo hacerlo; en definitiva, cómo ser más eficaces, adecuados, efectivos, seguros y eficientes).
- Debe especificar cuál es el organigrama de la calidad sobre qué estructura se va a apoyar el plan. Creemos que es interesante que exista un Comité o Consejo ejecutivo, con dos funciones principales: la primera de ellas es una de las más importantes para la mejora: **priorizar** los programas, las acciones y los procesos para la mejora partiendo de la identificación y la detección de las áreas susceptibles de mejorar. En segundo lugar, este Comité debe facilitar la **metodología** que se empleará en el hospital para mejorar los procesos. Dicha metodología debe ser conocida y aplicada en toda la organización. El Comité o consejo ejecutivo deber estar formado por los principales directivos y por los líderes del centro implicados. Además de este Comité, los hospitales deberían contar con grupos coordinadores para la mejora de

la actuación en el hospital. Estos grupos suelen clasificarse en dos tipos permanentes (p. ej. Las comisiones clínicas, como la de historias clínicas, infecciones, tumores, mortalidad) y no permanentes o grupos de mejora, que nacen con un objetivo concreto de mejora y que, una vez alcanzado ese objetivo, son disueltos. En todo caso, es muy conveniente que el hospital analice exhaustivamente los objetivos de las comisiones y los grupos, los integrantes, las conclusiones (qué repercusión y difusión tienen), la asunción de las políticas y los procedimientos que ellos emanen. Pero sobre todo tiene que velar porque las propuestas de mejora que se acepten, se introduzcan realmente y, además se evalúen para verificar que han producido una mejora, es decir, que han sido efectivos. No debemos olvidar el alto coste que para cualquier organización supone la creación y el mantenimiento de estos grupos y Comités.

- El plan debe contemplar actividades de formación tanto para los directivos como para el resto del personal, de manera que en el hospital todo el personal conozca bien la metodología y los conocimientos y habilidades necesarios. En general, el componente formativo debería tener dos vertientes claras: Estar enfocado hacia el paciente y estar centrado en los procesos.
- Debe contemplar la recogida de datos y su transformación en información. Es muy importante que el Plan señale cuál es la

información necesaria, sus fuentes, cómo fluye en ese organigrama, qué se mide y fundamentalmente, cómo se introducirán en las mediciones las opiniones de pacientes y familiares, así como el grado en que se satisfarán sus necesidades. Ahora bien, ¿de qué mediciones estamos hablando? En principio, mediremos tres tipos de procesos: los que se consideran claves, aquellos que tienen gran cantidad de caos y aquellos que concentre un riesgo para los pacientes. Entre esos procesos se encuentran las siguientes:

- Uso de la medicación. Se establecerán las medidas para cada una de las fases operativas de prescripción, preparación, dispensación, administración y monitorización de los resultados de la medición.

- Uso de sangre y derivados. Se determinarán las medidas para cada una de los procesos de prescripción, distribución, administración y monitorización de los resultados.

- Procedimientos quirúrgicos e invasivos. Comprende las medidas de los procesos de selección o adecuación de pacientes, la preparación de los pacientes para el procedimiento, la realización de la técnica y la monitorización del paciente durante ella, la asistencia

posterior y el asesoramiento al paciente tras la intervención.

- Además: Monitorización de la anestesia o sedación, adecuación de ingresos y estancias en el hospital, medición del control y vigilancia de la infección, medición de la gestión del riesgo y la seguridad de los pacientes, monitorización de la satisfacción de los pacientes y datos sobre las actividades de control de calidad de determinados departamentos, como radiodiagnóstico, medicina nuclear, laboratorios clínicos y radioterapia.

- El plan debe establecer la finalidad de la medición esto, es ¿para qué medimos? La respuesta sería: para analizar en esta fase lo que debe incluir el plan en la evaluación. El Plan debe determinar qué personas, estructuras o comisiones se encargarán de esta fase, qué tipos de análisis, herramientas estadísticas, comparativas internas y externas con otras fuentes de datos, así como la frecuencia de análisis.

Junto a este análisis general es necesario realizar otros específicos cuando concurren una serie de circunstancias, como sucesos centinela, muertes inexplicables, reacciones adversas a fármacos y transfusiones, discrepancias importantes entre los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios y en general, los cambios de

tendencia sostenidos y las variables significativas en un momento dado, para estudiar estos “picos” o “valles”.

- Por último, el plan debe contemplar como asegurar que las mejoras se realizan y se mantienen. Es decir, qué dotaciones necesita el centro –en metodología, materiales, mano de obra y maquinaria- para que los procesos mejoren. Además, este apartado comprende otro aspecto clave: los profesionales del centro y por tanto, con una implicación de la dirección en su disfunción interna en el hospital.

FUENTE: TEMES M; José Luis y M. Mengibar. *Gestión hospitalaria*. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2007. p. 616.

ANEXO No. 4

PRINCIPIOS DE EDUARD DEMING

- I. Debemos ser constantes en el propósito de mejorar la producción y el servicio.
- II. Hemos de adoptar una nueva filosofía de trabajo: es posible hacer las cosas bien desde el primer momento (error inicial cero),
- III. Que la mejora de la calidad no depende de las inspecciones.
- IV. Acabar con la práctica de basar las compras solo en el precio.
- V. Que las mejoras en la producción y el servicio sean estables.
- VI. Institucionalizar el entrenamiento y reentrenamiento en cada empleo.
- VII. Crear una jefatura de perfeccionamiento del sistema.
- VIII. Suprimir los temores al fracaso.
- IX. Romper las barreras entre las diferentes jefaturas, estableciendo una cooperación fluida y cordial.
- X. Suprimir los eslóganes, exhortaciones y objetivos laborales para los trabajadores.
- XI. Eliminar las cuotas numéricas de producción para los trabajadores y los logros numéricos para las jefaturas.
- XII. Eliminar las barreras que impidan al trabajador sentirse orgulloso de su trabajo.
- XIII. Instituir un programa importante de educación y auto perfeccionamiento individualizado, para todos los trabajadores.
- XIV. Implicar a todos los trabajadores en la transformación del sistema.

FUENTE: misma del Anexo No. 1. p. 245.

ANEXO No. 5

ESTÁNDARES PARA MEDIR LA CALIDAD DE UN SERVICIO

La calidad de un producto se mira por su apariencia externa y su efectividad aislada que responde a las expectativas del cliente. Así, la calidad de un servicio se juzga como un todo, sin dissociar sus componentes. Prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.

Diferentes estándares se han establecido para medir la calidad de un servicio. A un cuando en muchos de éstos hay criterios diversos según la cultura de los países, se pueden considerar los siguientes como los aceptados más comúnmente:

- Puntualidad.
- Prontitud.
- Atención.
- Amabilidad.
- Cortesía.
- Honestidad.
- Rapidez de la respuesta.
- Precisión de la respuesta.
- Instrucciones para el empleo.

- Respeto al cliente.
- Solicitud de concepto al cliente.

(Adaptado de: Jacques Horovitz, La calidad del servicio).

En un servicio de salud, se considerarían parámetros de calidad:

- Puntualidad.
- Presentación del personal.
- Prontitud en la atención.
- Cortesía, amabilidad, respeto.
- Trato humano.
- Diligencia para utilizar medios de diagnóstico.
- Agilidad para identificar el problema.
- Destreza y habilidad para la solución del problema.
- Efectividad en los procedimientos.
- Comunicación con el usuario y su familia.
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios.
- Aceptación de sugerencias.
- Capacidad profesional.
- Ética.
- Equidad.

FUENTE: Misma del Anexo No. 2. p. 19.

ANEXO No. 6

BIOGRAFÍA DE AVEDIS DONABEDIAN (1919-2000)



La Salud pública ha perdido uno de sus verdaderos gigantes. El 9 de noviembre de 2000, Avedis Donabedian dejó esta vida, en una transición apacible que dio fin a una prolongada enfermedad.

Nacido el 7 de junio de 1919 en Beirut, Líbano, vivió tanto los logros como los horrores de la mayor parte del siglo XX. Su familia fue víctima del holocausto del pueblo armenio y fue testigo de revueltas sociales durante su infancia, en un pequeño pueblo cercano a Jerusalén. Quizá fue su exposición temprana a sucesos traumatizantes lo que dio profundidad espiritual e intelectual a su vida. En 1999, al recibir la Medalla Sedgwick al Servicio Distinguido en Salud Pública, la más alta condecoración otorgada por la Asociación Norteamericana de Salud Pública, el profesor Donabedian expresó lo siguiente: “Pertenezco a un pueblo

oprimido, perseguido, casi aniquilado por un cruel enemigo que dispersó sus restos sin dejar esperanza de retorno. ¿Acaso es sorprendente que los pensamientos de amistad, cordialidad, calor de hogar, sean tan preciados?

Después de graduarse como médico en la Universidad Americana de Beirut, sus horizontes en expansión lo llevaron a la Universidad de Harvard, donde obtuvo una Maestría en Salud Pública en 1955. Después de un breve periodo de enseñanza en el Colegio Médico de Nueva York, fue reclutado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, de la cual llegó a ser uno de sus más renombrados miembros. Al momento de su muerte ejercía la cátedra NathanSinai de Profesor Emérito Distinguido de Salud Pública. También era miembro del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de ciencias de los Estados Unidos de América y miembro honorario del Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido y de la Academia nacional de Medicina de México.

A través de un *corpus* de ocho libros, más de 50 artículos y numerosas cátedras, Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. En la mayoría de sus escritos. Donabedian estuvo a la vanguardia de sus contemporáneos, descubriendo vastos panoramas intelectuales. Cada uno de sus escritos y libros cardinales

establecieron los derroteros del pensamiento e investigación futuros y hasta del lenguaje futuro.

Como resultado de los trabajos de Donabedian, los sistemas de salud se han convertido en un campo para la investigación y en una excitante arena para la acción. Como parte de sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, Donabedian hizo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención a la salud. Los frutos de su sabiduría fueron abundantes.

De la vasta producción escrita por Donabedian, el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en su número de junio de 2000, publicó uno de sus pocos manuscritos inéditos, un documento reflexivo sobre la evaluación de la competencia del médico. La introducción a este artículo resumía el impacto del trabajo de Donabedian sobre calidad de la atención con estas palabras: “Su artículo fundamental de 1966, introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Un indicador de la importancia de este artículo es que forma parte de las pocas “citas clásicas” en el campo de la investigación en sistemas de salud. El punto culminante del admirable trabajo de Donabedian es la serie de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación y monitoria de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencias.

El profesor Donabedian luchó pro tender puentes entre la academia y la acción. En su discurso de aceptación del Premio de

Investigación en Servicios de Salud en 1986, declaró “En todo mi trabajo he tratado de incorporar la convicción apasionante de que el mundo de las ideas y el mundo de la acción no están separados, como algunos piensa, sino que son inseparables uno de otro. Las ideas, en particular, son las fuerzas verdaderas que le dan forma al mundo tangible.

Además de personificar las rigurosas tradiciones de la academia, Donabedian ejercía un hábil dominio del lenguaje, lo que daba una dimensión estética aun a sus textos más técnicos. En el mismo discurso, el expresó la naturaleza dual de su trabajo como: “un amor por las ideas, un amor por las palabras, y el regocijo en la feliz conjunción de los dos”.

De hecho, Avedis Donabedian fue un poeta consumado, una actividad a la cual dedicó particular atención durante los últimos días de su vida. Su legado es así tanto científico como artístico.

A Avedis Donabedian le sobrevive su amada esposa Dorothy, tres hijos y cuatro nietos. También deja un caudal de estudiantes y discípulos de todos los rincones del planeta. Su influencia global ha sido facilitada por la traducción de varios de sus libros y artículos a diversos idiomas, entre ellos el español, francés, italiano y armenio. Un testimonio de esta influencia es la existencia de la Fundación Avedis Donabedian para el Mejoramiento de la Atención a la Salud,

en Barcelona, España, y de varios premios que ostentan su nombre.

Todas las personas que tuvieron el privilegio de aprender de este extraordinario Maestro se beneficiaron de su inagotable generosidad. El cuidado que tenía en la enseñanza y asesoría de estudiantes era proverbial; más nuestra deuda con Avedis Donabedian no se limita a lo intelectual. En el espíritu del verdadero mentor –una especie académica en peligro de extinción– él se involucró no sólo en la transmisión del conocimiento, sino también en la formación personal integral de sus estudiantes. Logró este efecto interviniendo activamente en dicho proceso, amén de ser en sí mismo, un modelo paradigmático a seguir. En su propia vida, el profesor Donabedian encarnaba los principios de calidad que tan minuciosamente estudió, dado que su propia calidad humana fue ejemplar.

Para expresar tan enorme deuda, vienen a la mente las palabras de Bruno Bettelheim: “Debemos mucho a aquellos que nos precedieron y rodearon, a quienes crearon nuestra humanidad a través de reflexiones elevadas y logros culturales que son ahora nuestro orgullo, y que hacen que la vida valga la pena...”

Por las muchas dimensiones de su generosidad, todos los que conocieron a Avedis Donabedian están en deuda con él. Pero la

deuda con este hombre extraordinario es paradójica, en vista de que se ha enriquecido para siempre nuestras vidas.

FUENTE: FRENK, Julio. *Avedis Donabedian: In Memoriam*. En la Revista Salud Pública de México. Vol. 24, No. 6, Noviembre-Diciembre, 2000. p. 1.

ANEXO No. 7

DIMENSIONES DE LA CALIDAD SEGÚN LA TEORÍA
DE AVEDIS DONABEDIAN

En el concepto calidad de la atención médica según **Donabedian** (1989) podemos diferenciar de modo muy general **tres dimensiones** principales.

1. El componente técnico de la atención.
 2. El componente determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.
 3. El componente del entorno o ambiente físico donde se desarrolla dicha gestión.
- En la **dimensión técnica** se expresa la aplicación de la ciencia y tecnología de la Medicina a un problema concreto de salud. La calidad de la atención en su dimensión técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente minimizando sus riesgos.
 - En la **dimensión interpersonal** se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas que

se establecen entre los profesionales de la salud, conjuntamente con el resto de su equipo y el paciente.

La calidad de la atención en su dimensión interpersonal se expresa en el cumplimiento, por el médico, de los modos definidos por la ética médica y la ética general de la sociedad.

El médico debe satisfacer las expectativas de los pacientes en cuanto a esta relación personal. No es raro la contradicción entre lo que cree el médico que debe brindar y lo que espera el paciente de él y en lo que puede deberse a errores en la formación de este médico, o expectativas inadecuadas del paciente. Si las expectativas de un paciente no pueden ser satisfechas por la práctica médica o son impropias a la moral vigente debe, por la vía de la labor educativa inherente a toda práctica médica, transformarse dichas expectativas.

La dirección de la relación entre el médico y el paciente debe estar siempre en manos del médico y éste debe dirigir sus esfuerzos al logro de una participación cada vez más activa del paciente en aras de resolver su situación de salud, por lo que en la misma medida que se logre este objetivo se estará mejorando la calidad de la atención médica.

En la medida en que se profundice en la investigación de los factores que determinan el desarrollo de la dimensión interpersonal de la atención médica y se aplique el conocimiento adquirido en la práctica médica y en la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos de salud, la frontera entre la denominada dimensión técnica y la dimensión interpersonal de la atención médica se irá borrando y podremos hablar entonces de una atención médica a la que le es inherente un alto nivel científico y técnico integral, pues el profesional de la salud estará cada vez más capacitado para actuar científicamente al acercarse a la dimensión humana de sus pacientes.

- La **tercera dimensión** de la calidad de la atención médica incide notablemente en la satisfacción del paciente. Nos referimos al entorno donde se desarrolla la atención, a las comodidades y facilidades que disfruta el paciente en el proceso de atención médica. Características tales como una consulta agradable con condiciones de privacidad; cama confortable –alimentación adecuada; tiempo de espera breve- eficiencia y rapidez en admisión, laboratorios, etc., así como una total accesibilidad al servicio y en especial a los recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios, constituyen elementos que influyen de modo importante en la calidad de la atención, pues contribuyen en el paciente a crear un clima de satisfacción y tranquilidad, ya que percibe que todo el entorno material y social que lo rodea está en función de satisfacer sus necesidades.

No obstante la obtención de una exitosa relación interpersonal por parte del médico con su paciente no puede estar condicionada por las comodidades o facilidades del medio ambiente. El médico y el equipo de salud es el responsable por el éxito de la relación médico-paciente y estos deben poner todos su conocimientos, habilidades y dedicación personal en función de desarrollar una relación camaradería que promueva satisfacción y confianza aún en las situaciones impropias de la práctica médica.

FUENTE: SOSA R; Maritza de la Caridad y cols. *Programa de mejora continúa de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores*. Documento impreso. En internet. <http://aps.sld.cu/bus/materiales/programa/otros/estomatologia/calidadatencion.pdf> . Ministerio de Salud Pública Área de asistencia médica social. Dirección nacional de Estomatología. Habana de Cuba, 2002. p. 7.

ANEXO No. 8

MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SEGÚN LA TEORÍA DE AVEDIS DONABEDIAN

El enfoque en sistema, planteado desde hace años por Donabedian, es aceptado en forma generalizada. De acuerdo con ese enfoque la calidad se estudia y se mide teniendo en cuenta tres componentes esenciales: estructura, proceso y resultados.

Estructura: Este componente se refiere a la cantidad y calificación del personal, los equipos e instrumentos disponibles, los recursos financieros, las instalaciones y otros recursos materiales, las normas y reglamentos existentes, así como la organización establecida. A un nivel más general, incluye la voluntad política y el liderazgo comprometido, así como la formulación de políticas y estrategias y la aplicación de técnicas de dirección por objetivos y de planificación estratégica. Constituye lo que en sistema se llama insumos o entrada. En otras palabras, se refiere al conjunto de características o atributos de índole organizativa o material que se mantienen con relativa estabilidad temporal.

Proceso: Se refiere al conjunto de actividades que se realizan en la atención y aquellas que se desarrollan para asegurar la ejecución del propio proceso. Dentro de este componente se incluye no sólo las acciones ejecutadas por el personal de salud –con el nivel de

destreza y habilidad que se dispongan -, sino también las que pueden desplegar los propios pacientes.

Resultado: En última instancia es la consecuencia que tiene el proceso de atención con el subsiguiente cambio en el estado de salud. Por otra parte, incluye el análisis del nivel de impacto; el cumplimiento de indicadores y de los gastos efectuados; la satisfacción de los usuarios; prestadores y decisores; certificación y acreditación institucional con la subsiguiente estimulación de la calidad técnica y gerencial basada en el desempeño, así como la identificación de nuevos problemas que llevan a un perfeccionamiento continuo.

FUENTE: SOSA R; Maritza de la Caridad y Cols. *Programa de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores*. Documento impreso.

En internet.

<http://aps.sld.cu/bus/materiales/programa/otros/estomatologia/calidadatencion.pdf> . Ministerio de Salud Pública Área de asistencia médica social. Dirección nacional de Estomatología. Habana de Cuba, 2002. p. 9.

ANEXO No. 9

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD CON LA MATRIZ DOFA

PRESENTE \longrightarrow FUTURO \longrightarrow

ANÁLISIS EXTERNO ANÁLISIS INTERNO	O: OPORTUNIDADES 1 _____ 2 _____ 3 _____	A: AMENAZAS 1 _____ 2 _____ 3 _____
	F: FORTALEZAS 1 _____ 2 _____ 3 _____	ESTRATEGIAS F O 1 _____ 2 _____ 3 _____
	D: DEBILIDADES 1 _____ 2 _____ 3 _____	ESTRATEGIAS D A 1 _____ 2 _____ 3 _____

FUENTE: misma del Anexo No. 2. p. 33.

ANEXO No. 10

ELEMENTOS BÁSICOS DE LAS NORMAS ISO 9000

- Responsabilidad ejecutiva.
- Sistema de calidad.
- Revisión del contrato.
- Control del diseño.
- Control de documentos y datos.
- Adquisiciones.
- Control de productos proporcionados por el cliente.
- Identificación y seguimiento de productos.
- Control de procesos.
- Inspección y pruebas.
- Control del equipo de inspección, medición y pruebas.
- Estados de las inspecciones y pruebas.
- Control de productos fuera de especificaciones.
- Acciones correctivas y preventivas.
- Manejo, almacenamiento, empaque, preservación y entrega.
- Control de registros de calidad.
- Auditorías internas de calidad.

- Capacitación.
- Servicios.
- Técnicas estadísticas.

FUENTE: misma del Anexo No. 2. p. 52.

ANEXO No. 11

NORMAS DE OBTENCIÓN DE UNA CERTIFICACIÓN PARA ISO
9001, 9002 Y 9003

Las normas de obtención de una certificación son diversas: las **ISO** (de mayor implantación en Estados Unidos), las **EN** (de uso más europeo) u otras. Tal vez sean las **ISO** las más conocidas, que referidas a las empresas de producción, pueden sintetizarse en el siguiente cuadro:

ISO 9001					
			ISO 9002		
					ISO 9003
Diseño	Fabricación	Instalación	Puesta en marcha	Operación	Servicio de mantenimiento
Definición del sistema de producción		Entrega y montaje	Comprobación y verificación	Ejecución de aplicación	
SUMINISTRADOR					
		USUARIO			

¿Qué ISO es la adecuada para la medicina asistencial? Sin lugar a dudas la ISO 9002, que es la adecuada para el sector de servicios no productivo. Si no se fabrica nada, mejor no pedir la ISO 9001. La ISO 9003 es el mínimo legal exigible en el momento actual. En España existen varias instituciones y empresas autorizadas para extender certificaciones de calidad, pero sin duda es AENOR la más

conocida en España y puede que una de las más reconocidas en Europa. Conseguir una certificación ISO o EN no es sencillo. Requiere un esfuerzo importante, con un grupo de gente dedicada en exclusiva a ello. Es decir, que el primer paso para poder acreditarnos debería ser crear una oficina interna de acreditación, dotándola de personal y presupuesto. Si no se hace así, es muy difícil conseguirlo. Existe una información interesante en www.aenor.es

ANEXO No. 12

PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA

JOINT COMMISSION

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – que es una organización independiente sin relación con los departamentos gubernamentales que ha exigido la continuidad de un programa de garantía de calidad organizado y bien definido, como requisito indispensable para la acreditación de los hospitales. La obligatoriedad de las actividades de garantía de calidad en enfermería se describe en el estándar de enfermería 12.8 del manual de acreditación de la organización de 1986 (JCAH. 1986).

- 12.8.1 El departamento o servicio de enfermería ha de tener un proceso, planificado y sistemático de control y evaluación de la calidad y adecuación de la asistencia a los pacientes y de resolución de los problemas identificados.
- 12.8. La calidad y adecuación de la asistencia a los pacientes ha de ser controlada y evaluada en todas las principales funciones asistenciales del departamento o servicio de enfermería.
- 12.8.2.1 Este control y evaluación se realizarán mediante los siguientes métodos:
 - Recopilación metódica de información en el departamento o servicio de enfermería o por medio del Programa de Garantía de Calidad del hospital

sobre aspectos significativos de los cuidados de enfermería.

Valoración periódica de la información recogida, realizada por el departamento/servicio de enfermería, con el fin de identificar problemas importantes de la asistencia a los pacientes y estrategias para mejorar los cuidados.

- 12.8.3 Si se detectan problemas significativos en la asistencia a los pacientes o posibilidades para mejorar la atención: Se realizarán las actividades pertinentes y se evaluará la eficacia de dichas actividades.
- 12.8.4 Los resultados y las conclusiones que se deriven del control, evaluación y actividades de resolución de problemas, se registrarán y se comunicarán si se consideran pertinentes.
- 12.8.5 Las actividades que se realicen para resolver los problemas detectados, mejorar la asistencia a los pacientes y la información sobre la repercusión de las actividades realizadas, se registrarán y se comunicarán si se considera conveniente.

Aunque la evaluación realizada por la Joint Commission es voluntaria, la acreditación de esta organización se utiliza como criterio para la autorización estatal, para la acreditación de programas docentes y para el reembolso económico de pagadores a terceros (compañías de seguros y organizaciones estatales). Como resultado de todo ello, las recomendaciones de la Joint

Commission tienen una considerable importancia para las gestoras de los servicios sanitarios.

Actualmente la Joint Comisión on the Accreditation of Healthcare Organizations recomienda que los hospitales dispongan de un Programa de Garantía de Calidad integrado y global, que incluya la monitorización continuada de la asistencia a los pacientes con el fin de detectar los problemas, que posteriormente se analizarán de forma sistemática, se corregirán y se hará un seguimiento a lo largo del tiempo para asegurar un control continuado.

Los problemas asistenciales de los pacientes se identificarán mediante una observación sistemática, con al cual se detectarán la aparición de los “indicadores críticos” de los problemas. Los expertos de cada servicio establecerán los indicadores o signos de los problemas que deben investigarse. Por ejemplo, algunos indicadores críticos de los servicios de urgencias puede ser: una paciente que se marcha de la sala de urgencias en contra de las recomendaciones del médico, un paro cardiorrespiratorio en el servicio, el fallecimiento de un paciente en el servicio de urgencias, una lesión producida a un paciente o a un visitante, o el alta del servicio de urgencias de un paciente tras un examen realizado a causa de un traumatismo craneal y su posterior reingreso por presentar síntomas de alteraciones del nivel de conciencia.

Algunos indicadores críticos en el servicio de Obstetricia podría ser un alumbramiento urgente en la sala de partos, presentación de convulsiones en un paciente, un desgarró perineal, o la pérdida hemática por encima de 500 ml. de un paciente. Los indicadores críticos de una unidad asistencial médico-quirúrgica podrían incluir la aparición de úlceras por presión durante la hospitalización, la caída de un paciente, los errores de medicación, las infecciones de la herida quirúrgica en el postoperatorio, las infecciones urinarias secundarias a la inserción de una sonda vesical, las hemorragias postoperatorias, los paros cardíacos o la muerte de un paciente.

Las fuentes de información que deberán recopilarse para detectar los indicadores críticos de los tipos mencionados anteriormente deberán incluir los registros de cambios de turno de las enfermeras, las anotaciones diarias del estado de los pacientes, los informes sobre incidentes críticos, los informes de control de la infección, los informes sobre reanimación cardiopulmonar y las historias clínicas de los pacientes.

Cualquier problema que se detecte mediante el registro de los indicadores críticos deberá analizarse y en consecuencia, tomarse las medidas correctoras oportunas.

FUENTE: GILLES; Dee Ann. *Gestión de enfermería: Una aproximación a los sistemas*. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Masson. México, 1994. p. 517.

ANEXO No. 13

PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LA AMERICAN
NURSES ASSOCIATION

Después de la promulgación de la Public Law 92-603 en 1972, el Departamento de Sanidad, Educación y Asistencia Social de Estados Unidos contrató a la American Nurses Association, con la intención de elaborarse las directrices para marcar unos estándares en al práctica profesional de enfermería, que pudieran ser utilizados por las Organizaciones Profesionales DE revisión DE Estándares (Davis, 1977).

Los Estándares para la Práctica Profesional de Enfermería de la American Nurses' Association fueron empleados como directrices para la creación de diversos programas de garantía de calidad (Barba y cols., 1978). Puesto que estos criterios estaban orientados al proceso, facilitaban un análisis sistemático de las actividades de enfermería. Los estándares de la American Nurses' Association de 1973 se detallan a continuación:

1. La recogida de datos sobre el estado de salud de los pacientes/clientes debe ser sistemática e ininterrumpida. Los datos han de ser comprensibles, transmitidos y registrados.
2. Los diagnósticos de enfermería deben inferirse de los datos del estado de salud de los pacientes.

3. El Plan de cuidados de enfermería debe incluir objetivos que se deducen de los diagnósticos de enfermería.
4. El Plan de cuidados de enfermería debe incluir las prioridades y las estrategias y medidas de enfermería prescritas, para conseguir los objetivos derivados de los diagnósticos de enfermería.
5. Las actividades de enfermería deben favorecer la participación de los pacientes/clientes de la promoción, mantenimiento o recuperación de la salud.
6. Las actividades de enfermería deben ayudar a los pacientes/clientes a elevar al máximo sus potenciales de salud.
7. La evolución o falta de evolución de los pacientes/clientes hacia la consecución de los objetivos debe ser establecida por los pacientes/clientes y las enfermeras.
8. La evolución o falta de evolución de los pacientes/clientes hacia la consecución de los objetivos implica la reevaluación, la reorganización de prioridades, el establecimiento de nuevos objetivos y la revisión del plan de cuidados de enfermería.

Los últimos estándares que han elaborado los miembros de las diversas secciones especializadas de la American Nurses' Association incluyen criterios de resultados, así como criterios de proceso y de estructura. Por ejemplo; en 1985 los Estándares de la Práctica Profesional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiátrica Pediátrica y del Adolescente, elaborados por el Council on

Psychiatric and Mental Health Nursing de la American Nurses' Association establecían diversos criterios de estructura, proceso y de resultados para un estándar relacionado con la responsabilidad de la enfermera de ayudar al niño y a sus familiares a conseguir patrones de vida más satisfactorios mediante la educación sanitaria. A continuación se describen ejemplos de tres de estos criterios:

1. Los medios y recursos adecuados para la adecuación deben ser proporcionados en el lugar de trabajo (criterio de estructura).
2. La enfermera ofrece al niño o al adolescente y a sus familiares las ocasiones para aprender por medio de la experiencia (criterio proceso).
3. El niño o el adolescente demuestra la adquisición de conocimientos, como resultado de la educación sanitaria y del asesoramiento previo (criterio de resultados) American Nurses' Association, 1985b.

FUENTE: misma del Anexo No. 11. p. 519.

ANEXO No. 14

CALIDAD DE LA ATENCIÓN INTERPERSONAL DE ENFERMERÍA

Peplau definió la enfermería como un proceso terapéutico e interpersonal que funciona en forma coordinada con otros procesos humanos que hacen posible la salud para el individuo, la familia y la comunidad, por lo que podemos definir la calidad de la atención interpersonal de enfermería como: **la relación de respeto y comunicación que se establece entre enfermera y paciente para lograr su satisfacción.** El respeto debe ser a los pacientes, a su integridad y a su particular forma de pensar, a sus creencias y decisiones, evitando en nuestro trato: Gritar, criticar, insultar o regañar al paciente.

La calidad de la atención interpersonal de enfermería debe incluir: Atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación. La satisfacción del paciente se ha definido como la percepción que tiene éste de la atención que recibe e incluye: atención oportuna, amabilidad en el trato y comunicación.

Estos aspectos han sido estudiados en investigaciones, ya sea en conjunto o en forma separada para conocer la opinión del paciente, así como para evaluar y lograr su satisfacción, que a decir de

Donabedian en primer lugar, es un aspecto de valor incuestionable ya que es uno de los indicadores primordiales del bienestar que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción del paciente contribuye al cuidado por que es más probable que el paciente participe en el proceso de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados. De hecho, propiciar un ambiente de tranquilidad y confianza favorece el proceso de atención del paciente.

FUENTE: SILVA S; Gladis y Cols. *La calidad de la atención interpersonal de enfermería*. Documento impreso. En internet: <http://hospitalgeneral.salud.gob.mx/descarga/pdf/enfermeria/arti-17pdf>. México, 2007. p. 2.

ANEXO No. 15

LA SATISFACCION DEL CONSUMIDOR

En todas las investigaciones que hoy se llevan a cabo sobre los servicios de salud crecen paulatinamente en importancia los estudios y análisis acerca de la calidad que ofrecen las actuaciones y cuidados médicos. Hay dos razones principales para ello: una concierne al hecho de que los Gobiernos, para la formulación de sus políticas en el terreno de la salud, se apoyan cada vez más en los resultados que muestran esos estudios como medio de sintonizar mejor con las opiniones de la sociedad. La otra, quizás más determinante que la anterior, radica en el propio seno de la medicina.

En efecto, es una realidad que de un tiempo a esta parte se acusa un desplazamiento en el contexto de la enfermedad. Del proceso agudo, que hasta ahora resultaba abrumadoramente mayoritario, se camina hacia otro que aparece como fruto del conjunto de procesos crónicos íntimamente relacionados con al edad de los individuos y los cambios provocados en la estructura demográfica y los comportamientos sociales. No hay que esforzarse mucho para constatar el notable incremento que supone la proporción de pacientes que requieren cuidados médicos y sociales de larga duración. Es evidente que se topa frecuentemente con una necesidad, tomar en consideración posibles alternativas diferentes para atender a los enfermos crónicos y a los de mayor de edad, sopesando convenientemente varios tipos de cuidados a prestar,

tanto institucionales como domiciliarios. No cabe duda de que tal realidad impone que se dedique mayor interés a los estudios de calidad en los servicios sanitarios, ya que se necesita extraer de ellos un punto de vista que permita evaluar dos aspectos fundamentales: qué “productos” proporcionan mejores resultados y cuales de ellos resultan menos onerosos. Es decir, se impone analizar la efectividad antes que cualquier otra cosa y eso, necesariamente, pasa por que las empresas sanitarias demuestren que responden y llevan a cabo una excelente gestión de los recursos.

No es causalidad o mero capricho que la investigación se haya visto impedida a multiplicar esfuerzos para conseguir una mejor medición de los resultados obtenidos a través de los diferentes tipos ofertados, centrándose para ello en la evaluación del coste-eficacia, el coste-efectividad, y el coste-beneficio de las técnicas y cuidados prestados. Eso, naturalmente, trae consigo una consecuencia: todas las medidas de resultados que, sin poderse decir que están al margen de los puros criterios médicos y económicos, se han desarrollado sin participar plenamente en ellos y como complementarios a tales criterios. Entre esas medidas pueden encontrarse, por ejemplo, la consistente en tomar como elemento coadyuvante de evaluación de la calidad la opinión que tienen los usuarios sobre los servicios y cuidados sanitarios que se prestan. Si bien se mira, tal cosa es lo que ha abierto el camino que posibilita evaluar los cuidados médicos desde la perspectiva de su aportación a la salud efectiva (y a largo plazo) tanto de los pacientes en particular como de la sociedad en general.

Claro que el énfasis puesto por algunos en lo importante que es “la opinión del consumidor”, responde más al creciente interés sociológico que provocan hoy las relaciones interpersonales que a un estricto sentido y orientación tendiente a evaluar la calidad sanitaria. Sin embargo, también ha de reconocerse que ese interés es el que ha dado origen a unos estudios de opinión basados certeramente en al relación *suministrador de servicios/paciente*. Cuando tales estudios se relacionan bien entre sí iluminan mucho sobre la importancia que tiene comprender –y tomar en cuenta- el punto de vista del paciente. En este sentido, los realizados por Cartwright resultan de interés capital.

Hasta la década de los sesenta, y primeros años de los setenta, no se tomó conciencia definitiva del inescapable compromiso que supone atender debidamente las necesidades del consumidor. Aunque colateralmente, eso trajo consigo la evidencia de que era necesario provocar ciertos cambios estructurales en los Servicios Nacionales de Salud de algunos países. Dichos cambios se extendieron después a otros, materializándose en algo muy concreto establecer qué papel desempeña el consumidor-paciente en la organización y configuración de los servicios de salud. De esta manera, y proporcionando la participación del consumidor, surgieron en 1974 los primeros Consejos Comunitarios de Salud dotándolos de cometidos específicos.

Algo más tarde apareció la figura del llamado “Comisionado de Salud”, al que se le encargó de velar por el buen funcionamiento de

los servicios sanitarios, y más tarde se abocó en el establecimiento de los “Servicios de Atención al Paciente”, que alcanzaron una difusión enorme. Estos servicios, cuya consolidación se efectuó a nivel de la institución hospitalaria, tienen como misión atender las quejas de los usuarios sobre los procedimientos y situaciones con los que no están conformes, así como ayudarles en todo lo que puedan necesitar, haciendo de enlace amistoso entre ellos y la dirección del centro, o entre ellos y los profesionales del mundo sanitario e incluso de la élite institucional en ese contexto, ya que los Servicios de Atención al paciente constituyen de forma indirecta una manera de participación del consumidor, cae de su peso que los estudios de opinión llevados a cabo no tiene más remedio que aparecer contra algo digno de atención y, en cierto modo fundamentales.

Ahora bien, justo es señalar que, lo que no termina de estar suficientemente claro, son los componentes estándar que mejor pueden adaptarse a una idónea investigación evolutiva. En realidad, las discusiones que se provocan al respecto no conciernen tanto a la metodología (generalmente, bien aceptada) como a los resultados que proporciona y, sobre todo. Al uso o interpretación que se hace de tales resultados. Sería necio negar que una buena parte de esas discusiones tiene su causa en el recelo que siempre suscita cualquier variable de carácter innovador, pero también ha de admitirse que concurre en ellas (aunque sea en mínima parte) algunas quiebras propias de todo proceso todavía no suficientemente asentado.

Los estudios sobre la opinión del consumidor pueden utilizarse para tres propósitos distintos: como evaluador de la calidad, como variables de un resultado y como indicadores de aquellos aspectos y concretos de un servicio que es necesario cambiar para mejorar la respuesta del paciente.

Sin embargo, por sí mismos, esos estudios jamás deben entenderse como evaluaciones de la calidad específica de los cuidados médicos; sino como observaciones hechas a los indicadores de calidad (si es que se dispone de algunos indicadores convenientemente estandarizados). Por ese camino, según varios autores, puede lograrse hasta un 90 por 100 de consumidores satisfechos.

Disponer de indicadores de calidad estandarizados es el único procedimiento válido para no caer en la trampa de intentar conseguir el máximo grado de satisfacción del consumidor entendiéndolo como el máximo grado de la más alta calidad. Esos indicadores tendrán que ser siempre arbitrarios, porque arbitraria suele ser la opinión del consumidor, una opinión que, aun siendo muy importante, hay que tener claro que nunca puede considerársele como determinante. Que la mejor utilización que puede hacerse de los estudios de satisfacción del consumidor es la que se señalaba anteriormente como tercer propósito: indicadores de aquellos aspectos concretos que es necesario cambiar para mejorar el nivel de satisfacción. Eso es aceptar realmente una participación democrática del consumidor, contra lo más corriente –

cómodo y absurdo- de involucrarlo en lo que concierne a procesos de decisión sobre aspectos técnicos, de calidad o de política sanitaria (aspectos sobre los que carece de preparación, criterio y experiencia).

FUENTE: CORELLA; José Ma. *La gestión de los servicios de salud*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1996. p. 323.

APENDICE No 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERÍA

Cuestionario para el personal de enfermería:

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION:

CALIDAD DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACION, EN MÉXICO, D, F.: UN ESTUDIO BASADO EN LA OPINIÓN DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA Y DE LOS USUARIOS

N° DE CUESTIONARIO_____

Elaborado por: la Dra. Carmen L. Balseiro Almario

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO. Recabar datos de las fuentes fidedignas a fin de conformar la información necesaria para lograr los objetivos de la investigación.

JUSTIFICACIÓN. El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que el instrumento vital con el que podrá obtener la información, conjuntamente con la observación y con el apoyo de las entrevistas. A partir de la obtención de la información, se podrá elaborar las tablas y graficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

Instrucciones. El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar los datos, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones:

- 1 Contestar de forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
- 2 Marcar con una "X" una opción de respuesta de cada pregunta ya que si contestan dos opciones se invalida la respuesta.
- 3 Todo lo recabado es estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que den a este cuestionario y si desean conocer los resultados de la investigación, estos estarán a su disposición al terminar la misma.

DATOS GENERALES

1 ¿CUÁL ES SU EDAD?

- 1. De 18 a 25 años
- 2. De 26 a 30 años
- 3. De 31 a 35 años
- 4. Más de 36 años
- 5. Sin respuestas

2 ¿CUÁL ES SU CATEGORÍA EN EL INSTITUTO?

- 1. Soy Jefe o Supervisora de servicio
- 2. Soy Enfermera Especialista
- 3. Soy Enfermera General
- 4. Soy Pasante de Enfermería o Auxiliar de Enfermería
- 5. Sin respuesta

3. ¿CUÁL ES SU SEXO?

- 1. Masculino
- 2. Femenino
- 3. Sin respuesta

4. ¿CUÁL ES SU TURNO DE TRABAJO?

- 1. Matutino

- 2. Vespertino
- 3. Nocturno
- 4. Especial de sábados, domingos y días festivos
- 5. Sin respuesta

5. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO MÉDICO EN EL SERVICIO?

- 1. Si, aquí siempre ha habido suficiente dotación de material y equipo para trabajar con los pacientes.
- 2. Si, aquí la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de Enfermería en la atención de los pacientes.
- 3. A veces nos falta material y equipo y debemos pedirselo a los familiares de los pacientes.
- 4. Aquí nunca hay material y equipo, esto causa gran problema diariamente en el trabajo con los pacientes.
- 5. Sin respuesta

6. ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES LA DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LOS ESPACIOS EN EL SERVICIO?

- 1. La distribución es excelente. Los espacios son amplios, lo que permite que se pueda transitar libremente y atender bien a los pacientes.
- 2. La distribución es buena. Los espacios son amplios y se puede transitar.
- 3. La distribución es regular. Los espacios son reducidos y esto dificulta que se pueda transitar rápida y libremente
- 4. La distribución es pésima. Los espacios son tan reducidos que impiden el libre tránsito. Continuamente nos tropezamos con el mobiliario y equipo del hospital.
- 5. Sin respuesta.

7. ¿CÓMO ES EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO BIOMEDICO DEL INSTITUTO?

- 1. El funcionamiento es excelente. Siempre vienen a darle mantenimiento al equipo, tanto correctivo, como preventivo, lo cual permite que estén funcionando cuando se requiere.
- 2. El funcionamiento es bueno. La mayoría de las veces, los aparatos funcionan sin problemas.
- 3. El funcionamiento es regular. A veces fallan los aparatos, pero otras veces funcionan bien.
- 4. El funcionamiento del equipo electromédico es pésimo. Los aparatos nunca tienen mantenimiento correctivo, ni preventivo. Esto causa muchos conflictos en la atención de los pacientes.
- 5. Sin respuesta

8. ¿EXISTE SUFICIENTE CANTIDAD DE PERSONAL PARA EL TRABAJO DEL SERVICIO?

- 1. Si, aquí siempre hay suficiente cantidad de personal para la atención de los pacientes.
- 2. Si, la mayoría de las veces se cuenta con el suficiente personal en la atención de los pacientes.
- 3. A veces si hay personal de enfermería, pero otras veces, falta este personal especialmente los días festivos y los fines de semana.
- 4. Aquí nunca hay suficiente cantidad de personal. Siempre falta mucha gente para el trabajo con los pacientes y esto hace que disminuya la calidad de la atención.
- 5. Sin respuesta.

9. ¿EXISTE PERSONAL DE ENFERMERÍA CAPACITADO EN EL SERVICIO?

- 1. Si, aquí todo el personal de enfermería está capacitado y actualizado para brindar la más alta calidad de atención a los pacientes.
- 2. Si, aquí el personal de enfermería si está capacitado.
- 3. A veces el personal de enfermería si está capacitado, pero creo que otras veces, les falta capacitación.
- 4. No, aquí el personal de enfermería le falta capacitación y adiestramiento en las técnicas y procedimientos para brindar la calidad de atención necesaria a los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

10. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO?

- 1. Si, aquí siempre hay suficiente dotación de medicamentos para todos los pacientes, con lo que es posible realizar sus tratamientos sin problemas.
- 2. Si, aquí la mayoría de las veces si hay medicamentos que se requieren para la atención de los pacientes.
- 3. A veces, si hay medicamentos, pero otras veces, falta la dotación mínima necesaria.
- 4. No, aquí nunca hay suficiente dotación de medicamentos para los pacientes. Cuando no hay, es necesario pedirselo a los familiares para que estos los traigan.
- 5. Sin respuesta.

11. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE ROPA EN EL SERVICIO?

- 1. Si, aquí siempre hay suficiente dotación de ropa para los cambios que necesitan los pacientes.
- 2. Si, aquí la mayoría de las veces si contamos con la suficiente cantidad de ropa para los cambios que los pacientes necesitan.
- 3. A veces, si hay ropa, pero otras veces, no se puede cambiar a los pacientes porque no hay.
- 4. No, aquí nunca hay la ropa necesaria para cambiar a los pacientes. El personal de enfermería tiene que ir a otro servicio a buscar la ropa cuando los pacientes lo requieren.

___ 5. Sin respuesta.

12. ¿CÓMO SON LOS ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS PACIENTES EN EL SERVICIO?

___ 1. Verdaderamente son de excelente calidad y cantidad, tienen un sabor exquisito y son de gran variedad.

___ 2. Son de muy buena calidad y variedad. Realmente se apetece consumirlos.

___ 3. A veces la calidad es buena, pero otras veces, no varían los alimentos y comen lo mismo

___ 4. Son de muy mala calidad. No se apetecen los alimentos porque no tienen sabor, ni sal. Además siempre dan la comida fría.

___ 5. Sin respuesta

13. ¿EXISTEN MANUALES DE ORGANIZACIÓN PARA EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO?

___ 1. Si, la subdirección de enfermería ha proporcionado los manuales de organización a todos los servicios.

___ 2. Si, existen los manuales, pero solo se manejan en el turno matutino.

___ 3. Sí, creo que hay manuales, pero están en la oficina de enfermería, con llave.

___ 4. No, creo que no hay manuales de organización de enfermería, aunque se han hecho intentos por tenerlos.

___ 5. Sin respuesta

14. ¿EXISTEN ESTÍMULOS Y PREMIOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO?

___ 1. Si, continuamente se dan estímulos y premios al personal de enfermería, previa evaluación de la atención.

___ 2. Si, existen premios y estímulos, pero se dan muy esporádicamente.

___ 3. Si, existen premios y estímulos, pero por preferencias de las autoridades.

___ 4. No, aquí nunca hay estímulos y premios al personal.

___ 5. Sin respuesta.

15. ¿CONSIDERA USTED QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CONOCE PERFECTAMENTE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?

___ 1. Sí, creo que desde mi ingreso al hospital conocemos las intervenciones diarias, funciones y actividades que deben desempeñar en los servicios.

___ 2. Si, la mayoría del personal sí conoce las funciones y actividades para el desempeño de su trabajo.

___ 3. A veces creo que solo en algunos turnos se conocen perfectamente las funciones y actividades, pero en otros turnos, no se conocen tanto.

___ 4. No, creo que nadie conoce perfectamente las funciones y actividades. Todas las rutinas de enfermería tienen problemas en su desarrollo y ejecución.

___ 5. Sin respuesta

16. ¿EXISTEN MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES?

___ 1. Sí, aquí en el hospital siempre ha habido las medidas de seguridad que permite que los pacientes estén protegidos.

___ 2. Sí, aquí la mayoría de las veces si existen medidas de seguridad para con los pacientes.

___ 3. A veces como que si hay medidas de seguridad, pero otras veces, hay muchas inseguridades en los pacientes.

___ 4. No, aquí nunca ha habido ninguna medida de seguridad para los pacientes del hospital. Esto significa que el paciente está en continuo riesgo.

___ 5. Sin respuesta

17. ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE SON LAS INTERVENCIONES DIARIAS DE ENFERMERÍA?

___ 1. Las intervenciones diarias de enfermería son excelentes. El personal trabajaba muy cordialmente en la atención de los pacientes.

___ 2. Las intervenciones diarias de enfermería son buenas y eso permite que los pacientes estén satisfechos.

___ 3. A veces las intervenciones diarias de enfermería no logran satisfacer las necesidades de los pacientes.

___ 4. Las intervenciones diarias de enfermería son pésimas. En realidad, hacen como que cuidan a los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

18. ¿CREE USTED QUE LAS ENFERMERAS CUMPLEN INTEGRAMENTE CON SUS ACTIVIDADES TÉCNICAS?

___ 1. Sí, yo creo que el personal de enfermería si cumple integralmente con todas las actividades encomendadas en la atención de los pacientes.

___ 2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal de enfermería si cumple con las actividades.

___ 3. A veces si existe el cumplimiento de las actividades, pero otras veces, no lo hacen por diversas causas.

___ 4. No, yo creo que el personal de enfermería no cumple con todas las actividades que se requieren para los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

19. ¿CÓMO ES LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE?

___ 1. La relación es excelente. Existe comunicación y respeto en el trato a los pacientes.

- 2. La relación es buena. Hay respeto y buen trato.
- 3. La relación es regular. Hay distanciamiento entre el personal y los pacientes.
- 4. La relación es pésima. Casi no hay comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

20. ¿CONSIDERA USTED QUE LAS ENFERMERAS DOMINAN LAS TÉCNICAS?

- 1. Sí, yo creo que el personal de enfermería tiene un excelente dominio de las técnicas y procedimientos de enfermería para brindar calidad de atención a los pacientes.
- 2. Sí, las enfermeras dominan las técnicas y procedimientos que desarrollan en el trabajo con los pacientes.
- 3. A veces como que el personal de enfermería si domina las técnicas, pero otras veces parece que tuvieran dudas e inseguridad.
- 4. No, el personal de enfermería nunca domina las técnicas porque les falta capacitación y adiestramiento en su trabajo.
- 5. Sin respuesta.

21. ¿CÓMO CREE USTED QUE ES LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE?

- 1. La relación es excelente. Es muy positiva y esto permite la interacción en beneficio de los pacientes.
- 2. La relación es buena. Con esto se logra la cooperación de los pacientes en su tratamiento.
- 3. La relación enfermera-paciente es regular. Está sujeta a la cantidad de trabajo que tenga el personal.
- 4. La relación enfermera paciente es deficiente. Casi no hay comunicación pero si mucho trabajo.
- 5. Sin respuesta.

22. ¿EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES?

- 1. Si, aquí el trato humano del personal hacia los pacientes es excelente.
- 2. Si, aquí hay trato humano y eso hace que los pacientes se sientan bien.
- 3. A veces, si hay trato humano, pero otras veces, como que el trato resulta inhumano.
- 4. No, aquí no hay trato humano a los pacientes. De hecho se les trata muy mal por eso los familiares y sus pacientes se quejan.
- 5. Sin respuesta

23. ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES?

- 1. La comunicación es excelente. Todo el tiempo, está el personal de enfermería informándoles a los pacientes los avances de su recuperación.
- 2. La comunicación es buena. Las enfermeras si informan a los pacientes todas aquellas cuestiones relacionadas con su tratamiento.
- 3. A veces, las enfermeras si informan y se comunican con los pacientes, pero otras veces esto no sucede por exceso de trabajo.
- 4. La comunicación es pésima. Aquí nunca las enfermeras informan nada a los pacientes. Hay una carencia total de información.
- 5. Sin respuesta.

24. ¿EXISTE CALIDEZ EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA?

- 1. Sí, el personal de enfermería es muy cálido en su trato con los pacientes.
- 2. Sí, la mayoría de las veces, el personal de enfermería, si es cálido en el trato para con los pacientes.
- 3. A veces el personal de enfermería es cálido, pero otras veces, no lo es y esto repercute en el trabajo con los pacientes.
- 4. Aquí no hay calidez en la atención de enfermería para con los pacientes. Esto se debe a que el personal de enfermería está sumamente ocupado y no interactúa con los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

25. ¿EXISTE APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES?

- 1. Si, las enfermeras siempre brindan apoyo emocional a los pacientes que atienden.
- 2. Si, el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes de los turnos matutino y vespertino.
- 3. A veces el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes cuando tiene tiempo.
- 4. No, no creo que exista apoyo emocional de enfermería a los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

26. ¿CREE USTED QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPETA A LOS PACIENTES?

- 1. Si, el personal de enfermería siempre respeta a los pacientes llamándolos por su nombre y esto es algo que les agrada.
- 2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal de enfermería si respeta a los pacientes.
- 3. A veces el personal de enfermería respeta a los pacientes, pero otras veces no es así.
- 4. No, aquí el personal de enfermería no respeta a ningún paciente. De hecho, los trata muy mal.
- 5. Sin respuesta.

27. ¿CREE USTED QUE LOS PACIENTES ESTÁN SATISFECHOS, CON LA ATENCIÓN QUE ENFERMERÍA LES PROPORCIONA?

- 1. Sí, yo creo que los pacientes están muy satisfechos con la atención que enfermería les proporciona. Por ello, se sienten bien en su estancia hospitalaria.
- 2. Sí, yo creo que los pacientes si están satisfechos con la atención proporcionada por el personal de enfermería.
- 3. A veces los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.
- 4. Los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.
- 5. Sin respuesta.

28. ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES EL PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO?

- 1. El promedio de estancia es entre 3 a 5 días. Su recuperación es rápida.
- 2. El promedio de estancia es entre 6 a 10 días.
- 3. El promedio de estancia es entre 11 a 14 días.
- 4. Los pacientes están siempre más de 14 días en el hospital. Su recuperación es muy lenta.
- 5. Sin respuesta.

29. ¿RECIBEN LOS PACIENTES DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS PARA SUS TRATAMIENTOS?

- 1. Sí, aquí los pacientes si reciben los diagnósticos oportunos y gracias a ello, se les pueden atender rápidamente.
- 2. Sí, la mayoría de las veces los pacientes si reciben diagnósticos oportunos, lo que les ayuda mucho en su propio restablecimiento.
- 3. A veces como que observamos que los diagnósticos tardan en darse aunque otras veces, si son rápidas.
- 4. No, aquí los pacientes nunca reciben diagnósticos oportunos de sus padecimientos y eso retrasa en mucho su atención.
- 5. Sin respuesta.

30. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES SON ADECUADOS?

- 1. Sí, los tratamientos que se dan a los pacientes si son los adecuados y eso permite su pronta recuperación.
- 2. Sí, yo creo que los tratamientos de los pacientes son los adecuados y se obtienen buenos resultados.
- 3. A veces los tratamientos si son los adecuados, pero otras veces, no lo son y eso retrasa la recuperación de los pacientes.

___ 4. Yo creo que el retraso en la recuperación se debe a que el paciente no recibe los tratamientos adecuados. Ellos lo saben y también sus familiares.

___ 5. Sin respuesta.

31. ¿CREE USTED QUE ENFERMERÍA A TRAVEZ DE SUS INTERVENCIONES OCASIONA IATROGENIAS (OTRAS LESIONES) EN LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONA A LOS PACIENTES?

___ 1. No, el personal de enfermería no comete iatrogenias porque los conocimientos que posee son suficientes y seguros.

___ 2. No, el personal de enfermería no comete iatrogenias aunque por exceso de trabajo no se lave las manos.

___ 3. No se ha comprobado que el personal de enfermería contribuya a las enfermedades de los pacientes aunque muchos así lo piensen.

___ 4. Sí, creo que el personal de enfermería descuida unos aspectos importantes ocasionando iatrogenias a los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

32. ¿CREE USTED QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA BRINDA TRATO AMABLE Y CORTES A LOS PACIENTES?

___ 1. Sí, desde luego. El trato es excelente. Todo el personal es amable y cortés con los pacientes.

___ 2. Sí, el trato es bueno. Existe cortesía especialmente en el personal de enfermería en todos los turnos.

___ 3. A veces creo que el trato no es de mucha amabilidad y cortesía, dado el exceso de trabajo que tiene el personal.

___ 4. Creo que el personal se limita a hacer su trabajo sin importar la amabilidad y cortesía con los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

33. ¿CONOCE USTED SI EXISTEN ALTAS VOLUNTARIAS EN EL SERVICIO?

___ 1.No, aquí las altas se dan cuando el paciente ya está recuperado y satisfecho de la atención recibida.

___ 2. No, es muy raro que los pacientes soliciten altas voluntarias, porque la mayoría de las veces, si están satisfechos con la atención recibida.

___ 3. A veces si hay altas voluntarias. Esto se debe a que el paciente no encuentra en el hospital la atención que requiere.

___ 4.Si, las altas voluntarias si son muy frecuentes en el hospital y esto es sucede porque el paciente no encuentra satisfechas sus necesidades.

___ 5. Sin respuesta.

34. ¿QUÉ TAN RÁPIDA ES LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES?

- 1. Es muy rápida. De hecho, cuando el paciente llama, el personal de enfermería lo atiende muy rápido.
- 2. Es una atención rápida. La enfermera la mayoría de las veces acude con prontitud.
- 3. A veces es rápida, pero otras veces, por exceso de trabajo ya no lo es tanto.
- 4. La atención es sumamente lenta. Los pacientes nunca reciben una respuesta rápida del personal de enfermería.
- 5. Sin respuesta.

35. ¿EN SU OPINION LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN EL SERVICIO ES?

- 1. Excelente.
- 2. Buena.
- 3. Regular.
- 4. Pésima.
- 5. Sin respuesta.

36. ¿CONSIDERA QUE LOS PACIENTES CONFÍAN EN LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS?

- 1. Sí, creo que los pacientes siempre confían en la atención que enfermería proporciona.
- 2. Si, generalmente los pacientes confían en la atención que el personal de enfermería proporciona.
- 3. Ocasionalmente los pacientes confían en el personal de enfermería.
- 4. Los pacientes nunca confían en la atención que enfermería proporciona.
- 5. Sin respuesta.

37. ¿QUÉ OPINA USTED DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN?

APENDICE No 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERÍA

Cuestionario para los pacientes

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACION:

CALIDAD DE LA ATENCION DE ENFERMERÍA, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACION, EN MÉXICO, D, F.: UN ESTUDIO BASADO EN LA OPINION DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA Y DE LOS USUARIOS

N° DE CUESTIONARIO _____

Elaborado por: la Dra. Carmen L. Balseiro Almario

OBJETIVO DEL CUESTIONARIO. Recabar datos de las fuentes fidedignas a fin de conformar la información necesaria para lograr los objetivos de la investigación.

JUSTIFICACIÓN. El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que el instrumento vital con el que podrá obtener la información, conjuntamente con la observación y con el apoyo de las entrevistas. A partir de la obtención de la información, se podrá elaborar las tablas y graficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

Instrucciones: El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos de los pacientes, por lo tanto, se hace necesario que las personas encuestadas sigan las siguientes instrucciones:

- 1 Contestar de forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan.
- 2 Marcar con una "X" una opción de respuesta de cada pregunta ya que si contestan dos opciones se invalida la respuesta.
- 3 Todo lo recabado es estrictamente de uso confidencial.

NOTA: Se agradece su colaboración en las respuestas que den a este cuestionario y si desean conocer los resultados de la investigación, estos estarán a su disposición al terminar la misma.

DATOS GENERALES

1 ¿CUÁL ES SU EDAD?

- 1. De 18 a 25 años
- 2. De 26 a 30 años
- 3. De 31 a 35 años
- 4. Más de 36 años
- 5. Sin respuestas

2 ¿CUÁL ES SU CATEGORÍA EN EL INSTITUTO?

3. ¿CUÁL ES SU SEXO?

- 1. Masculino
- 2. Femenino
- 3. Sin respuesta

4. ¿CUÁL ES EL TURNO PARA RECIBIR ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL?

- 1. Matutino
- 2. Vespertino
- 3. Nocturno

- ___ 4. Especial de sábados, domingos y días festivos
- ___ 5. Otro
- ___ 6. Sin respuesta

5. ¿CREE USTED QUE EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MATERIAL Y EQUIPO MÉDICO EN EL SERVICIO?

- ___ 1. Sí, aquí siempre ha habido suficiente dotación de material y equipo para trabajar con los pacientes.
- ___ 2. Si, aquí la mayoría de las veces si hay suficiente dotación de material y equipo para el trabajo de Enfermería en la atención de los pacientes.
- ___ 3. A veces creo que falta material y equipo y se los piden a los familiares de los pacientes.
- ___ 4. No me he dado cuenta que aquí nunca hay material y equipo y esto causa gran problema diariamente en el trabajo con los pacientes.
- ___ 5. Sin respuesta

6. ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE ES LA DISTRIBUCIÓN FÍSICA DE LOS ESPACIOS EN EL HOSPITAL?

- ___ 1. La distribución es excelente. Los espacios son amplios, lo que permite que se pueda transitar libremente y atendernos bien.
- ___ 2. La distribución es buena. Los espacios son amplios y se puede transitar.
- ___ 3. La distribución es regular. Los espacios son reducidos y esto dificulta que se pueda transitar rápida y libremente
- ___ 4. La distribución es pésima. Los espacios son tan reducidos que impide el libre tránsito. Continuamente nos tropezamos con el mobiliario y equipo del hospital.
- ___ 5. Sin respuesta.

7. ¿CÓMO CREE USTED QUE ES EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO BIOMEDICO DEL INSTITUTO?

- ___ 1. El funcionamiento es excelente. Creo que vienen a darle mantenimiento al equipo, tanto correctivo, como preventivo, lo cual permite que estén funcionando cuando se requiere.
- ___ 2. El funcionamiento es bueno. La mayoría de las veces, los aparatos funcionan sin problemas.
- ___ 3. El funcionamiento es regular. A veces fallan los aparatos, pero otras veces funcionan bien.

___ 4. El funcionamiento del equipo electromédico es pésimo. Los aparatos nunca tienen mantenimiento correctivo, ni preventivo. Esto causa muchos conflictos en la atención de los pacientes.

___ 5. Sin respuesta

8. ¿EXISTE SUFICIENTE CANTIDAD DE PERSONAL PARA EL TRABAJO DEL SERVICIO?

___ 1. Sí, he visto que siempre hay suficiente cantidad de personal para la atención de los pacientes.

___ 2. Si, la mayoría de las veces he visto que se cuenta con el suficiente personal en la atención de los pacientes.

___ 3. A veces si hay personal de enfermería, pero otras veces, falta este personal especialmente los días festivos y los fines de semana.

___ 4. Aquí en el hospital nunca hay suficiente cantidad de personal. Siempre falta mucha gente para el trabajo con los pacientes y esto hace que disminuya la calidad de la atención.

___ 5. Sin respuesta.

9. ¿ CREE USTED QUE EXISTE PERSONAL DE ENFERMERÍA CAPACITADO EN EL SERVICIO?

___ 1. Sí, aquí todo el personal de enfermería está capacitado y actualizado para brindar la más alta calidad de atención a los pacientes.

___ 2. Sí, aquí el personal de enfermería si está capacitado.

___ 3. A veces el personal de enfermería si está capacitado pero creo que otras veces, les falta capacitación.

___ 4. No, he visto que el personal de enfermería le falta capacitación y adiestramiento en las técnicas y procedimientos para brindar la calidad de atención necesaria a los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

10. ¿EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO?

___ 1. Sí, yo he visto que aquí siempre hay suficiente dotación de medicamentos para todos los pacientes, con lo que es posible realizar sus tratamientos sin problemas.

___ 2. Sí, aquí la mayoría de las veces si hay medicamentos que se requieren para la atención de los pacientes.

___ 3. A veces, si hay medicamentos, pero otras veces, falta la dotación mínima necesaria.

___ 4. No, aquí nunca hay suficiente dotación de medicamentos para los pacientes. Cuando no hay, se los piden a los familiares para que estos los traigan.

___ 5. Sin respuesta.

11. ¿CREE USTED QUE EXISTE SUFICIENTE DOTACIÓN DE ROPA EN EL SERVICIO?

1. Sí, aquí siempre hay suficiente dotación de ropa para los cambios que necesitan los pacientes.
2. Sí, aquí la mayoría de las veces si se cuenta con la suficiente cantidad de ropa para los cambios que los pacientes necesitan.
3. A veces, si hay ropa, pero otras veces, no nos puede cambiar a los pacientes porque no hay.
4. No, aquí nunca hay la ropa necesaria para cambiar a los pacientes. El personal de enfermería tiene que ir a otro servicio a buscar la ropa cuando los pacientes lo requieren.
5. Sin respuesta.

12. ¿CÓMO CREE USTED QUE SON LOS ALIMENTOS QUE CONSUMEN LOS PACIENTES EN EL SERVICIO?

1. Creo verdaderamente que son de excelente calidad y cantidad, tiene un sabor exquisito y son de gran variedad.
2. Son de muy buena calidad y variedad. Realmente se apetece consumirlos.
3. A veces la calidad es buena, pero otras veces, no varían los alimentos y se come lo mismo.
4. Son de muy mala calidad. No se apetecen los alimentos porque no tienen sabor, ni sal. Además siempre dan la comida fría.
5. Sin respuesta.

13. ¿HA VISTO USTED SI SE DAN ESTÍMULOS Y PREMIOS AL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO?

1. Sí, he visto que se dan estímulos y premios al personal de enfermería, previa evaluación de la atención.
2. Si, existen premios y estímulos, pero no se si se den al personal de enfermería.
3. Si, existen premios y estímulos, pero se dan por preferencias de las autoridades.
4. No, aquí nunca hay estímulos y premios al personal de enfermería.
5. Sin respuesta.

14. ¿CREE USTED QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CONOCE PERFECTAMENTE LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?

1. Sí, creo que desde mi ingreso al hospital el personal de enfermería si conoce las intervenciones diarias, funciones y actividades que deben desempeñar en los servicios.
2. Sí, la mayoría del personal creo que sí conoce las funciones y actividades para el desempeño de su trabajo.

- 3. A veces creo que solo el personal de enfermería de algunos turnos si conoce perfectamente las funciones y actividades, pero en otros turnos, no se conocen tanto.
- 4. No, creo que nadie conoce perfectamente las funciones y actividades. He visto que todas las rutinas de enfermería tienen problemas en su desarrollo y ejecución.
- 5. Sin respuesta

15. ¿EXISTEN MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA LOS PACIENTES?

- 1. Sí aquí en el hospital siempre han habido las medidas de seguridad que permite que los pacientes estén protegidos.
- 2. Sí, aquí la mayoría de las veces he visto que si existen medidas de seguridad para con los pacientes.
- 3. A veces como que si hay medidas de seguridad, pero otras veces, hay muchas inseguridades en los pacientes.
- 4. No, aquí nunca ha habido ninguna medida de seguridad para los pacientes del hospital. Esto significa que el paciente está en continuo riesgo.
- 5. Sin respuesta

16. ¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE SON LAS INTERVENCIONES DIARIAS DE ENFERMERÍA?

- 1. Las intervenciones diarias de enfermería son excelentes. El personal trabajaba muy cordialmente en la atención de los pacientes.
- 2. Las intervenciones diarias de enfermería son buenas y eso permite que los pacientes estén satisfechos.
- 3. A veces las intervenciones diarias de enfermería no logran satisfacer las necesidades de los pacientes.
- 4. Las intervenciones diarias de enfermería son pésimas. En realidad, hacen como que cuidan a los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

17. ¿CREE USTED QUE LAS ENFERMERAS CUMPLEN INTEGRAMENTE CON SUS ACTIVIDADES TÉCNICAS?

- 1. Sí, yo creo que el personal de enfermería sí cumple íntegramente con todas las actividades encomendadas en la atención de los pacientes.
- 2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal de enfermería si cumple con las actividades.
- 3. A veces si existe el cumplimiento de las actividades, pero otras veces, no lo hacen por diversas causas.

___ 4. No, yo creo que el personal de enfermería no cumple con todas las actividades que se requieren para los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

18. ¿CÓMO VE USTED LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE?

___ 1. La relación es excelente. Existe comunicación y respeto en el trato a los pacientes.

___ 2. La relación es buena. Hay respeto y buen trato.

___ 3. La relación es regular. Hay distanciamiento entre el personal y los pacientes.

___ 4. La relación es pésima. Casi no hay comunicación entre el personal de enfermería y los pacientes.

___ 5. Sin respuesta.

19. ¿CONSIDERA USTED QUE LAS ENFERMERAS DOMINAN LAS TÉCNICAS?

___ 1. Sí, yo creo que el personal de enfermería tiene un excelente dominio de las técnicas y procedimientos de enfermería para brindar calidad de atención a los pacientes.

___ 2. Sí, las enfermeras dominan las técnicas y procedimientos que desarrollan en el trabajo con los pacientes.

___ 3. A veces como que el personal de enfermería si domina las técnicas, pero otras veces parece que tuvieran dudas e inseguridad.

___ 4. No, el personal de enfermería nunca domina las técnicas porque creo que les falta capacitación y adiestramiento en su trabajo.

___ 5. Sin respuesta.

20. ¿CUALES CREE USTED QUE SON LAS CARACTERISTICAS DE LA RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE?

___ 1. La relación es excelente. Es muy positiva y esto permite la interacción en beneficio de los pacientes.

___ 2. La relación es buena. Con esto se logra la cooperación de los pacientes en su tratamiento.

___ 3. La relación enfermera-paciente es regular. Está sujeta a la cantidad de trabajo que tenga el personal.

___ 4. La relación enfermera paciente es deficiente. Casi no hay comunicación pero si mucho trabajo.

___ 5. Sin respuesta.

21. ¿EXISTE TRATO HUMANO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES?

___ 1. Sí, aquí el trato humano del personal hacia los pacientes es excelente.

___ 2. Sí, aquí hay trato humano y eso hace que los pacientes se sientan bien.

- 3. A veces si hay trato humano, pero otras veces, como que el trato resulta inhumano.
- 4. No, aquí no hay trato humano a los pacientes. De hecho se les trata muy mal por eso los familiares y los pacientes nos quejan.
- 5. Sin respuesta

22. ¿CÓMO ES LA COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LOS PACIENTES?

- 1. La comunicación es excelente. Todo el tiempo, está el personal de enfermería informándoles a los pacientes los avances de su recuperación.
- 2. La comunicación es buena. Las enfermeras si informan a los pacientes todas aquellas cuestiones relacionadas con su tratamiento.
- 3. A veces las enfermeras si informan y se comunican con los pacientes, pero otras esto no sucede por exceso de trabajo.
- 4. La comunicación es pésima. Aquí nunca las enfermeras informan nada a los pacientes. Hay una carencia total de información.
- 5. Sin respuesta.

23. ¿EXISTE CALIDEZ EN EL TRATO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES?

- 1. Sí, el personal de enfermería es muy cálido en su trato con los pacientes.
- 2. Sí, la mayoría de las veces el personal de enfermeras si es cálido en el trato para con los pacientes.
- 3. A veces el personal de enfermera es cálido, pero otras veces no lo es y esto repercute en el trabajo con los pacientes.
- 4. Aquí no hay calidez en la atención de enfermería para con los pacientes. Esto se debe a que el personal de enfermería está sumamente ocupado y no interactúa con los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

24. ¿EXISTE APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES?

- 1. Sí, yo he visto que las enfermeras siempre brindan apoyo emocional a los pacientes que atienden.
- 2. Sí, el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes de los turnos matutino y vespertino.
- 3. A veces el personal de enfermería apoya emocionalmente a los pacientes cuando tiene tiempo.
- 4. No, no creo que exista apoyo emocional de enfermería a los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

25. ¿CREE USTED QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA RESPETA A LOS PACIENTES?

- 1. Sí, el personal de enfermería siempre respeta a los pacientes llamándolos por su nombre y esto es algo que les agrada.

- 2. Sí, yo creo que la mayoría de las veces el personal de enfermería si respeta a los pacientes.
- 3. A veces el personal de enfermería respeta a los pacientes, pero otras veces no es así.
- 4. No, aquí el personal de enfermería no respeta a ningún paciente. De hecho, los trata muy mal.
- 5. Sin respuesta.

26. ¿CREE USTED ESTAR SATISFECHO CON LA ATENCIÓN QUE ENFERMERÍA LES PROPORCIONA?

- 1. Sí, yo creo estar muy satisfechos con la atención que enfermería nos proporciona. Por ello, nos sentimos bien en la estancia hospitalaria.
- 2. Sí, yo creo que los pacientes si están satisfechos con la atención proporcionada por el personal de enfermería.
- 3. A veces los pacientes están satisfechos, pero otras veces están muy insatisfechos.
- 4. Los pacientes siempre están muy insatisfechos con la atención.
- 5. Sin respuesta.

27. ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE ES EL PERIODO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES EN EL SERVICIO?

- 1. El promedio de estancia es entre 3 a 5 días. Con rápida recuperación.
- 2. El promedio de estancia es entre 6 a 10 días.
- 3. El promedio de estancia es entre 11 a 14 días.
- 4. Los pacientes están siempre más de 14 días en el hospital. La recuperación es muy lenta.
- 5. Sin respuesta.

28. ¿RECIBEN USTEDES DIAGNÓSTICOS OPORTUNOS PARA SUS TRATAMIENTOS?

- 1. Sí, aquí los pacientes si reciben los diagnósticos oportunos y gracias a ello, se les pueden atender rápidamente.
- 2. Sí, la mayoría de las veces los pacientes si reciben diagnósticos oportunos, lo que les ayuda mucho en su propio restablecimiento.
- 3. A veces como que observamos que los diagnósticos tardan en darse aunque otras veces, si son rápidas.
- 4. No, aquí los pacientes nunca reciben diagnósticos oportunos de sus padecimientos y eso retrasa en mucho su atención.
- 5. Sin respuesta.

29. ¿CONSIDERA USTED QUE LOS TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES SON ADECUADOS?

- 1. Sí, los tratamientos que se dan a los pacientes si son los adecuados y eso permite su pronta recuperación.

- 2. Sí, yo creo que los tratamientos de los pacientes son los adecuados y se obtienen buenos resultados.
- 3. A veces los tratamientos si son los adecuados, pero otras veces, no lo son y eso retrasa la recuperación de los pacientes.
- 4. Yo creo que el retraso en la recuperación se debe a que el paciente no recibe los tratamientos adecuados. Ellos lo saben y también sus familiares.
- 5. Sin respuesta.

30. ¿CREE USTED QUE ENFERMERÍA A TRAVEZ DE SUS INTERVENCIONES OCASIONA IATROGENIAS (OTRAS LESIONES) EN LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONA A LOS PACIENTES?

- 1. No, el personal de enfermería no comete iatrogenias porque los conocimientos que posee son suficientes y seguros.
- 2. No, el personal de enfermería no comete iatrogenias aunque por exceso de trabajo, no se lave las manos.
- 3. No, se ha comprobado que el personal de enfermería contribuya a las enfermedades de los pacientes, aunque muchos así lo piensen.
- 4. Sí, yo creo que el personal de enfermería si descuida unos aspectos importantes ocasionando iatrogenias a los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

31. ¿CREE USTED QUE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA BRINDA TRATO AMABLE Y CORTES A LOS PACIENTES?

- 1. Sí, desde luego. El trato es excelente. Todo el personal es amable y cortés con los pacientes.
- 2. Sí, el trato es bueno. Existe cortesía especialmente en el personal de enfermería en todos los turnos.
- 3. A veces creo que el trato no es de mucha amabilidad y cortesía, dado el exceso de trabajo que tiene el personal.
- 4. Creo que el personal se limita a hacer su trabajo sin importar la amabilidad y cortesía con los pacientes.
- 5. Sin respuesta.

32. ¿CONOCE USTED SI EXISTEN ALTAS VOLUNTARIAS EN EL SERVICIO?

- 1.No, aquí las altas se dan cuando el paciente ya está recuperado y satisfecho de la atención recibida.
- 2. No, es muy raro que los pacientes soliciten altas voluntarias, porque la mayoría de las veces, si están satisfechos con la atención recibida.
- 3. A veces si hay altas voluntarias. Esto se debe a que el paciente no encuentra en el hospital la atención que requiere.
- 4.Sí, las altas voluntarias si son muy frecuentes en el hospital y esto es causa de porque el paciente no encuentra satisfechas sus necesidades.
- 5. Sin respuesta.

33. ¿QUÉ TAN RÁPIDA CREE USTED QUE ES LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES?

1. Es muy rápida. De hecho cuando el paciente llama, el personal de enfermería lo atiende muy rápido.
2. Es una atención rápida. La enfermera la mayoría de las veces acude con prontitud.
3. A veces es rápida, pero otras veces, por exceso de trabajo, ya no lo es tanto.
4. La atención es sumamente lenta. Los pacientes nunca reciben una respuesta rápida del personal de enfermería.
5. Sin respuesta.

34. ¿EN SU OPINION LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LOS PACIENTES EN EL SERVICIO ES?

1. Excelente.
2. Buena.
3. Regular.
4. Pésima.
5. Sin respuesta.

35. ¿CONSIDERA QUE LOS PACIENTES CONFÍAN EN LA ATENCIÓN QUE PROPORCIONAN LAS ENFERMERAS?

1. Sí, creo que los pacientes siempre confían en la atención que enfermería proporciona.
2. Si, generalmente los pacientes confían en la atención que el personal de enfermería proporciona.
3. Ocasionalmente los pacientes confían en el personal de enfermería.
4. Los pacientes nunca confían en la atención que enfermería proporciona.
5. Sin respuesta.

36. ¿QUÉ OPINA USTED DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN?

8. GLOSARIO DE TÉRMINOS.

En este capítulo se darán a conocer todos aquellos términos complejos, especializados y técnicos que requieren de mayor explicación y también mejor comprensión en la forma en que fueron utilizados en esta investigación.

ACREDITACIÓN: Procedimiento mediante el cual un organismo autorizado evalúa y declara formalmente que una organización es competente para la realización de un ensayo o grupo de ensayos determinados.

ALTA VOLUNTARIA: Este tipo de egreso es a solicitud del paciente, independientemente de su estado de salud. Los egresos por fuga o indisciplina, entran en esta clasificación.

AUDITORÍA: Representa un esquema de vigilancia permanente de las normas en todas las áreas de la institución, pero además previene posibles fallas, alerta sobre debilidades y hace recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general.

CALIDAD: Conjunto de características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades de los clientes y en consecuencia, hacen satisfactorio el producto. Así, la calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización: el

producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa. Sin embargo, tanto en el ámbito general como en el sanitario, existen unos criterios erróneos acerca de la calidad y de su control que suponen un obstáculo al necesario entendimiento entre quienes la exigen y los que deben conseguirla. El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y dado lugar a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control, haya variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN: Es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población, mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

CALIDAD HOSPITALARIA: Es la medida en que los servicios de asistencia al paciente aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados esperados para el paciente, de acuerdo con el estado actual del conocimiento.

CALIDAD INTERDEPARTAMENTAL: Son procesos que miden índices de calidad departamentales comparaciones entre sí. Las mediciones interdepartamentales son vitales en cualquier organización porque detectan los posibles problemas existentes.

CALIDAD TOTAL: En la calidad total los usuarios son los que deciden sobre el servicio. Para ello, se establecen círculos de calidad con la finalidad de mejorar permanentemente.

CIRCULO DE CALIDAD: Están constituidos por miembros de un solo servicio o departamento que participan voluntariamente en la mejora de una o varias iniciativas y tiene carácter permanente en el tiempo.

CONTROL: Se basa en el concepto de enfocar todos los esfuerzos a la prevención del error y a la detección y corrección de éste, frente a los altos costos que esto significa. Implica vigilar que se cumplan los parámetros o normas de calidad.

CONTROL DE CALIDAD: Forma parte importante de la garantía de calidad y de la calidad total, se realiza en cualquier actividad sanitaria, y no solamente en un tipo de empresa. Este control emplea conceptos como: exactitud, precisión y errores. De hecho, el control de la calidad abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, comparándola con las normas y actuar sobre la diferencia.

CONTROL EXTERNO: Es una especie de auditoría de nuestro trabajo. Para esto se requiere inscribirse a un programa nacional o internacional de control de calidad. Esto sirve para comparar la organización con otros centros lo que estimula la competencia y estimula el perfeccionamiento propio.

CONTROL INTERNO: Es sin duda el más importante. Se realiza con muestras ciegas y con patrones conocidos y es de dos clases: interdepartamental e intradepartamental.

COSTES DE LA CALIDAD: Se define como parte de los costes totales destinados a cubrir los objetivos de la calidad y la inspección de los productos, así como los costes originados cuando el producto falla al no cumplir los requisitos.

CLIENTE: Es toda persona que recibe, utiliza o se beneficia con los productos y servicios que se ofrecen o actividades que se realizan.

ECONOMÍA DE LA SALUD: Esta permite el empleo de los métodos de análisis económico desde el momento en que se produce, generalmente tiene beneficios y un coste.

EFFECTIVIDAD: Es la capacidad de producir mejoras de salud en condiciones reales de la práctica cotidiana. Es un proceso observado.

EFICACIA: Es la capacidad para producir mejoras de salud en condiciones favorables o ideales y circunstancias inalterables. En la validez universal, es la probabilidad de que un individuo se beneficie de una tecnología médica aplicada bajo circunstancias ideales de actuación.

EFICIENCIA: Es el coste que representa cualquier mejora de salud. Si existen dos estrategias asistenciales, igual de efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

EGRESO POR DEFUNCIÓN: Implica la entrega y salida del cadáver, cuando el paciente fallece en la institución, aunque no se clasifique como muerte hospitalaria, teniendo el tiempo limitado antes de considerarlo así.

EGRESO POR INCURABILIDAD: Se realiza cuando el médico tratante determina que el paciente sufre una enfermedad incurable que requiere tratamiento en otro tipo de institución o en su domicilio. Este egreso se da preferentemente en los hospitales generales para pacientes de corta estancia. Se requerirá de la atención médica en otras instituciones para pacientes de larga estancia.

EGRESO POR MEJORÍA: Se origina cuando la recuperación del estado de salud del paciente es tal que le permite salir del hospital para continuar su recuperación en su domicilio o lugar de residencia.

EGRESO POR TRASLADO: Es aquel que se efectúa cuando un paciente es enviado a otro establecimiento de salud para continuar su atención. Esto puede realizarse o no, a petición del paciente.

ENCUESTAS DE CALIDAD: Son entrevistas en donde se aplican cuestionarios a los trabajadores para valorar la calidad. Se efectúa una vez por año aproximadamente.

EQUIPO DE MEJORA: Son constituidos por profesionales de diferentes departamentos que abordan la mejora de un ámbito asistencial. Pueden ser permanentes o de duración limitada.

ERRORES: En el control de la calidad se busca detectar los errores, que pueden ser sistemáticos o aleatorios. En el primer caso, es una falla del método y se deben a medidas precisas pero inexactas e imprecisas. Los errores sistemáticos son más peligrosos y obligan a modificar el proceso.

ESTÁNDARES DE CALIDAD: Son los valores normales de un producto, esperables con nuestras condiciones de trabajo: Ejemplo: Presupuesto disponible, recursos humanos y equipamiento.

ESTRUCTURA: Comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención sanitaria, los instrumentos y recursos que tiene a su alcance y los lugares físicos donde trabaja. Incluye también los recursos humanos y financieros.

EVALUACIÓN: Es el conjunto de métodos que se emplean para asignar un valor cuantitativo a madurez de los sistemas y/o procesos de una organización.

EXACTITUD: Una medida es exacta cuando el valor medido corresponde con el valor real y mide el resultado global de nuestro proceso.

GARANTÍA DE CALIDAD: Debe ser considerado como un proceso dinámico, porque el trabajo debe ser adoptado a las necesidades reales existentes, con modificaciones en forma periódica. En la garantía de la calidad los resultados del proceso serán evaluados por la dirección. Exclusivamente ésta tendrá en cuenta la opinión de los usuarios y gestionará los posibles beneficios.

GESTIÓN DE LA CALIDAD: Es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Comprende tres procesos: planificación, organización y control. Juran, prefiere desarrollarla a través de las tres fases de su trilogía: planificación, control y mejora de la calidad. Por su parte, Deming al igual que Crosby, la explica mediante catorce actuaciones.

ISO 9000: Se orienta a la estandarización de los sistemas de calidad y no están relacionados con algún producto o servicio en particular, es decir, se orienta hacia los procesos de los que derivan los productos o servicios.

MANUAL DE CALIDAD: Es el documento utilizado en la descripción e implantación del sistema de calidad. En él se establecen las políticas, sistemas y prácticas de calidad de una empresa. Supone la creación organizada de un cambio ventajoso no es sólo eliminar los picos esporádicos de mala calidad- objeto del control-, sino un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.

MEDICIÓN: Relación entre los resultados asistenciales y los recursos utilizados y sus costos, o lo que es lo mismo, medir el rendimiento de los recursos.

MEJORA CONTINUA: Es un ciclo que permite el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de los clientes, ubicando áreas u oportunidades de mejora.

NORMAS: Son indicaciones de observación general que se establecen para orientar la conducta en sentido positivo. Sirven

para establecer señalamientos generales que orientan las acciones del personal.

OBJETIVO FUNDAMENTAL DE LA CALIDAD: El objetivo fundamental de la calidad, como filosofía empresarial, es satisfacer las necesidades del consumidor, aunque éste es un concepto controvertido. Las necesidades pueden estudiarse según diversos puntos de vista –de la teoría económica, del marketing, de la psicología y de la economía de la salud-, no siempre coincidentes. Desde todos ellos, se han aportado contribuciones al conocimiento de las necesidades que deben considerarse al planificar los recursos sanitarios.

ORGANIZACIÓN PARA LA CALIDAD: La organización para la calidad es el conjunto de la estructura organizativa, los procesos y los recursos establecidos para gestionar la calidad. Es la división de funciones y tareas y su coordinación.

PLAN DE CALIDAD: Es un conjunto de actividades organizadas que garantizan el cumplimiento de los requerimientos legales, la medición, monitorización, evaluación, detección y formulación de mejoras de calidad, que permitan alcanzar unos niveles considerados de excelencia en la calidad asistencial proporcionada a los clientes.

PLANIFICACIÓN PARA LA CALIDAD: La planificación para la calidad constituye el proceso de definición de las políticas de calidad, generación de los objetivos y establecimiento de las estrategias para alcanzarlos. Es la actividad destinada a determinar quiénes son los clientes y cuáles son sus necesidades, desarrollar los procesos y productos requeridos para satisfacerlas y transferirlos a las unidades operativas.

POLITICA DE CALIDAD: La política de calidad es el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la Dirección. Son, pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. Forma parte de la política general de la empresa aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

PRECISIÓN: La medida es precisa cuando al respecto repetirla varias veces, se obtienen los mismos valores siempre. Pero pueden no coincidir con el valor real. Es decir, que una medida precisa no tiene porque ser exacta (concepto que valora la calidad del método instrumentación, personal, etc.).

PROCEDIMIENTO: Son los métodos y técnicas que se expresan en documentos en los que se señala paso a paso las actividades necesarias para realizar las acciones de tipo operativo.

PROCESO: Es un conjunto de actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido.

RESULTADO O PRODUCTO: Esta dimensión evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en periodos habitualmente de un año, relacionados por actividades asistenciales, acciones relacionadas con educación a la salud y saneamiento básico.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: Es el resultado de la diferencia entre la percepción del servicio recibido y las expectativas previas.

SERVICIO: Son todas las actividades que realiza una persona o una institución para satisfacer las necesidades de sus clientes o usuarios.

SISTEMA DE CALIDAD: Es el conjunto de la estructura de la organización, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se disponen para llevar a cabo la gestión de la calidad.

VALORES: Conjunto de atributos compartidos por el personal que definen los comportamientos, el lenguaje, los símbolos y las actividades orientadas que conforman la cultura organizacional.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ASENJO S; Miguel Ángel. *Gestión diaria del hospital*. Ed. Masson S.A, México, 2001, p. 285-297.

AYUSO M; Diego y Rodolfo F. Grande Sellera. *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2006 p. 527 – 552.

BALDERAS P; Ma. De la Luz. *Administración de los servicios de enfermería*. Ed. Mac Graw Hill Interamericana. México, 2005 p. 98 – 145.

BALSEIRO A; Lasty. *La calidad de la atención en Enfermería a los pacientes de un Hospital Regional del ISSSTE, en México, D.F: Un estudio basado en el grado de satisfacción de los usuarios*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 4. No. 1. Año 4. Enero-Abril. México, 2007. 6 pp.

BALSEIRO A; Lasty. *La calidad del cuidado y la satisfacción de la persona*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 4. No. 2. Año 4. Mayo-Agosto. México, 2007. p. 32-48.

BALSEIRO A; Lasty. *Evaluación de la calidad de la atención de Enfermería en el Hospital Santa Fé: Un estudio basado en la opinión de los personales de Enfermería, médicos, pacientes y familiares*. En la Revista Enfermería Universitaria. Vol. 3. Año 3. Mayo-Agosto. México, 2006. p. 31 – 40.

CORELLA; José Ma. *La gestión de servicios de salud*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 1996 p. 305 – 333.

GILLIES; Dee Ann. *Gestión de enfermería: Una aproximación a los sistemas*. Ed. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Masson. México, 1994 p. 515 – 541.

GÓMEZ L; María y Ma. Inocencia Castañón H. *Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en el 2^{do} nivel de atención por el jefe de piso*. En la Revista de enfermería del IMSS No. 4, Vol. 2. México, 1991 p. 105 – 107.

GOMEZ F; Patricia y Emilie Elizabeth Olivares *Calidad de la atención de enfermería en salud mental comunitaria. Estudio de casos*. Documento Impreso. Organización Panamericana de la salud. En internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/consultorio-enfermeria-saludmental-march06.pdf> Buenos Aires, 2006. 14pp.

GOVIN S; Juana de los Ángeles y Cols. *Calidad de la atención de enfermería*. En la Revista médica de la Habana 8 (1) La Habana de Cuba, 2002 5pp.

HERVÁS M; Francisco. *El hospital empresa y la sanidad asistencial calidad y rentabilidad*. Ed. Díaz de Santos. Madrid, 2007 p. 233 – 282.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *Avedis Donabedian In Memoriam*. Documento impreso en la Revista Salud Publica de México, 42 (6) Noviembre – Diciembre 2000 p. 1 -3.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN *Antecedentes Históricos*. Documento impreso. México, 2008 3pp.

LÓPEZ M; Ma. José. *Administración en enfermería, Hoy*. Ed. Universidad de Murcia. Madrid, 1998 p. 249 – 264.

MALAGÓN L; Gustavo y Cols. *Garantía de Calidad en Salud*. Ed. Médica Panamericana. México, 2001 p. 17 – 62.

MENDOZA P; Micaela y Cols. *Evaluación de la calidad de atención de enfermería en hospitalización*. En la Revista de Enfermería del IMSS 1 (1) México, 1988 p. 21 – 27.

MORALES T; Modesta. *Calidad de la atención de Enfermería desde la perspectiva del paciente*. Trabajo de Maestría Universidad de Nuevo León. Facultad de Enfermería México, 2004 p. 1 – 62.

NOGUERA O; Norma .Y. *Proceso de atención de enfermería: Una herramienta para la garantía del cuidado*. En la revista Enfermería Actual 4 (11) Bogotá, p. 31 – 35.

PAZ W; Madonia I. *Validación del formato Proceso de atención de enfermería estandarizado en el área crítica de una investigación en salud*. Revista Enfermería Actual 9 (3) Barranquilla, 2006 p. 9 – 14.

SILVA S; Gladis y Cols. *La calidad de la atención interpersonal de enfermería*. Documento impreso en internet en http://hospitalgeneral.salud.gob.mx/descarga/pdf/enfermeria/arti_17.pdf. México, 2009 3pp.

SOSA R; Maritza y Cols. *Programa de mejora continúa de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población y los prestadores*. Documento impreso en internet <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/otros/estomatologia/calidadatencion.pdf> Ministerio de Salud Pública Área de asistencia médica social Dirección Nacional de Estomatología Habana Cuba, 2002 16 pp.

TEMES M; José Luis y M Mengibar. *Gestión hospitalaria*. Ed. McGraw Hill Interamericana. México, 2007 p. 609 – 639.

TRINCADO A; Ma. Teresa y Emilio Fernández. *Calidad en Enfermería*. Documento impreso. México, 2009 5pp.

VARO, Jaime. *Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Ed. Díaz de Santos. S.A. Madrid, 1994 p. 37 – 63.