

**NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL
SERVICIO DE URGENCIAS, FRENTE A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD, EN
BOGOTÁ. SEPTIEMBRE-OTUBRE DE 2008**

**DIRLEY CORTÉS
ANGELA JANETH SERREZUELA TAMAYO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
2008**

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN AL
SERVICIO DE URGENCIAS, FRENTE A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
EN UNA INSTITUCIÓN DE CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD, EN
BOGOTÁ. SEPTIEMBRE-OTUBRE DE 2008

DIRLEY CORTÉS
ANGELA JANETH SERREZUELA TAMAYO

Asesora
ANA MARIA TORRES
Docente

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
SANTAFE DE BOGOTA D.C.
2008

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, D. C, noviembre de 2008.

Dedicatoria

A Dios, por darme la fe, sabiduría y fortaleza para culminar con éxito este proyecto.

A mi pequeña hija Sofía, quién me prestó el tiempo que le pertenecía y me dio la fuerza para seguir adelante.

A mi madre, quien ha sido mi guía desde la infancia y por haber cuidado de mi hija mientras realizaba mis estudios.

A mi esposo, quien me brindo su amor, su estímulo y apoyo constante para alcanzar mis metas.

A mis compañeras de trabajo por el apoyo que me brindaron durante toda mi carrera.

A toda mi familia, compañeros y amigos quienes de una u otra forma aportaron su granito de arena para hacer realidad este sueño.

De corazón, Gracias!

Dirley

Dedico esta tesis con todo mi cariño:

A Dios que me dio la oportunidad de iniciar este sueño, me regaló muchas bendiciones y la felicidad por haberle cumplido.

A mis queridos padres Elsa y Fermín por apoyarme en todo momento, por darme su amor y comprensión, la ayuda incondicional para realizar este proyecto, la fuerza necesaria para continuar.

A mi hermana Lilita, por darme su tiempo, cariño y consejos para continuar día a día construyendo este sueño.

A mi novio, por brindarme su amor y apoyo incondicional, su paciencia y por ofrecer nuestro tiempo en la preparación de mi carrera.

A mi toda mi familia, que me brindaron su apoyo y cariño para continuar y realizar mi sueño.

A mi jefe Joanna, jefe Alejandro y mis compañeras de trabajo, que con su ayuda hicieron posible culminar esta etapa de mi vida, gracias a su comprensión.

A mi instructora y compañera Jefe Andrea, que me brindó su paciencia y sabiduría en los momentos más difíciles de mi carrera y que gracias a su sonrisa y comprensión hoy puedo tener un sueño más grande que cumplir.

A mi compañera Dirley que me regaló su amistad, me hizo reír muchas veces y me demostró cuan activa y valiente se debe ser para alcanzar los sueños propuestos.
Infinitas gracias a todos los que hicieron posible cumplir con este proyecto.

Ángela

AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes quienes aceptaron y participaron en la realización de esta investigación.

Al Hospital Universitario de San Ignacio por brindarnos la oportunidad de realizar nuestro trabajo de investigación.

A nuestra asesora Ana María Torres, por depositar su confianza en este proyecto, su paciencia y orientación hizo posible culminar con éxito la última etapa de nuestra formación profesional.

A todos los docentes de la Facultad de Enfermería, quienes aportaron sus conocimientos y experiencias durante nuestra formación académica.

A nuestras familias, compañeros y amigos, quienes nos brindaron su apoyo incondicional a lo largo de estos años.

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. PROBLEMA	12
2. DEFINICION OPERATIVA DE TÉRMINOS	12
2.1. Nivel de Satisfacción	12
2.2. Satisfacción del paciente	12
2.3. Paciente	13
2.4. Servicio de Urgencias	13
2.5. Institución de Cuarto Nivel de Atención en Salud	13
2.6. Cuidado de Enfermería	14
3. JUSTIFICACIÓN	14
4. OBJETIVOS	18
4.1. Objetivo General	18
4.2. Objetivos Específicos	19
5. PROPÓSITOS	19
6. MARCO DE REFERENCIA	20
7. METODOLOGÍA	37
7.1. Tipo de Estudio	37
7.2. Población y Muestra	38
7.3. Criterios de Inclusión	38
7.4. Criterios de Exclusión	38
7.5. Instrumento	39
7.6. Procedimiento para la recolección de la información	41
8. ASPECTOS ÉTICOS	42
9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
10. CONCLUSIONES	58
11. RECOMEDACIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Atención de urgencias julio de 2008

Tabla 2. Atención de urgencias agosto de 2008

Tabla 3. Categorías Escala CARE-Q

Tabla 4. Distribución de pacientes según la edad

Tabla 5. Distribución de pacientes según el género

Tabla 6. Distribución de pacientes según el nivel de escolaridad

Tabla 7. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría accesibilidad

Tabla 8. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría explica y facilita

Tabla 9. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Conforta

Tabla 10. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría se anticipa

Tabla 11. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Mantiene Relación de Confianza

Tabla 12. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Monitorea y hace seguimiento

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Distribución de pacientes según la edad

Gráfico 2. Distribución de pacientes según el género

Gráfico 3. Distribución de pacientes según el nivel de escolaridad

Gráfico 4. Nivel de Satisfacción de los pacientes según el cuestionario CARE-Q

Gráfico 5. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Accesibilidad

Gráfico 6. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Explica y Facilita

Gráfico 7. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Conforta

Gráfico 8. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Se Anticipa

Gráfico 9. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Mantiene Relación de Confianza

Gráfico 10. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la categoría Monitorea y hace seguimiento

INTRODUCCIÓN

Teoristas de Enfermería como Hildergar de Peplau, Martha Rogers, Gertrud Ujhely, Nancy Roper , Callista Roy , Dorothea Orem, Dorothy Johnson, Virginia Henderson y Newman, entre otras, se refieren al cuidado como parte fundamental de la práctica de enfermería; a la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando éste se da en el continuo salud - enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.

A través de los tiempos, la acción de cuidar siempre ha sido dinámica, ha trascendido y según el enfoque con que se le estudie, ya sea desde la óptica cultural, religiosa, sociológica, psicológica, antropológica, económica o médicamente, tiene singularidades y especificidades que directa o indirectamente, influyen en quién da y quién recibe la acción de cuidar, en él por qué y para qué del cuidado, en el dónde y cuándo se cuida y en el cómo y con qué se cuida.¹

La acción de cuidar deja de ser un proceso empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no sólo el acto de cuidar en sí, sino también, el hecho de combinar y buscar la armonía de múltiples recursos, conocimientos y actitudes del cuidador o los cuidadores para lograr el fin último: que el sujeto o los sujetos que requieren y reciben cuidado pasen de un estadio negativo, de displacer, discomfort o anormal que caracterizan a la enfermedad, a un estadio positivo, de placer, confort o normal, por medio de estrategias de promoción, protección, prevención o de rehabilitación de la salud.

La atención de enfermería, la accesibilidad de los servicios, disponibilidad son algunos de los aspectos que pueden evaluarse para determinar el nivel de satisfacción de los usuarios. El trabajo del personal de enfermería es el mejor indicador que las instituciones de salud pueden encontrar ya que enfermería es el canal de comunicación entre paciente y equipo de salud.²

¹ ALZATE Posada, Martha Lucía. Gerencia en el cuidado de enfermería. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005429/docs_curso/gerencia2.htm

² CABRERO García Julio, MARTÍNEZ Miguel R, RIEG Ferrer Ambilio. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo multimetodo reducida.

En Colombia se evidencian estudios que evalúan la satisfacción de los pacientes con la atención en salud en general, razón por la cual, con esta investigación se busca enfocar la satisfacción que tienen los usuarios que asisten al servicio de urgencias hacia el cuidado de brindado por el personal de enfermería, en busca de herramientas que permitan optimizar el cuidado de enfermería y de esta forma contribuir al bienestar de los pacientes y al enriquecimiento de la profesión de enfermería.

Esta investigación tuvo como objetivo principal conocer el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias con relación a la calidad de la atención brindada por el personal de enfermería, en una institución de cuarto nivel de atención en salud, en Bogotá. Septiembre-octubre del año 2008.

El trabajo se realizó mediante un estudio descriptivo, en una institución de cuarto nivel de atención en salud, en la ciudad de Bogotá, durante septiembre-octubre de 2008. Se realizó con recursos propios por medio de la aplicación de el cuestionario CARE- Q, adaptado en su versión en español, en un estudio realizado en abril de 2008 con participación del Hospital Universitario Clínica San Rafael y por estudiantes de enfermería de la Universidad del Bosque, en donde se mostró que el instrumento tiene una validez interna del 0.88% a 0.97%³. Dados los objetivos de esta investigación se consideró que una vez aplicado el instrumento, los resultados obtenidos son de gran utilidad para la búsqueda de herramientas que ayuden a mejorar la calidad de la atención de enfermería y de esta forma contribuir no solo al bienestar de los usuarios sino también al mejoramiento continuo de la profesión y por ende de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Después de aplicar el instrumento y teniendo como punto de partida el objetivo principal para el desarrollo de este trabajo, se concluye que en general la mayoría de los pacientes que asisten al servicio de urgencias manifiestan sentirse a gusto con la atención brindada por el personal de enfermería, esta atención fue evaluada en términos de accesibilidad, explica y facilita, categoría que obtuvo el nivel de satisfacción más bajo con un 45%, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza y monitorea y hace seguimiento, la cual obtuvo el mayor nivel de satisfacción con un 80% categorías del Cuestionario CARE-Q.

Llama la atención las opiniones adicionales que manifestaron algunos de los pacientes que participaron en este estudio, por lo tanto se consideran importantes para el análisis de los resultados obtenidos.

³ CARDENAS, Liliana y otros. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. Abril, 2008.

1. PROBLEMA

Los nuevos enfoques de gerencia en salud sobre la satisfacción del usuario, exponen que brindar calidad, significa corresponder a las expectativas de los usuarios, razón por la cual, el hecho de no brindar una atención de enfermería con calidad, trae consigo problemas para los usuarios, ya que se van a sentir insatisfechos con la atención recibida y esto puede traer consecuencias en su estado de salud, generando tratamientos más largos, hospitalizaciones más prolongadas y por ende mayor inconformidad, relacionándose esta última con la imagen y economía de las instituciones de salud.

Por lo general, los usuarios llegan a la institución de salud en busca de ayuda, de comprensión y de atención, pero desafortunadamente muchos de ellos no lo consiguen. En los últimos tiempos se ha visto que las competencias administrativas que se le han otorgado a la enfermera, hace que de una u otra forma en algunas ocasiones la enfermera se aleje de su centro de atención y olvide la esencia de su que hacer, por eso es importante integrar la calidad y cuidado para así lograr la satisfacción del usuario.

Los servicios de urgencias de las instituciones de salud, a raíz de la creciente demanda de pacientes, hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que prestan se incremente cada vez más, generando en el profesional de enfermería un mayor reto tanto a nivel personal como profesional, porque le permite conocerse como persona y así mismo lo ayuda a redescubrir la identidad profesional, teniendo en cuenta que el cuidado es la esencia de la enfermería.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería, en una institución de cuarto nivel de atención en salud, en Bogotá. Septiembre-octubre 2008?

2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS.

2.1. Nivel de Satisfacción

Para el desarrollo de este trabajo el nivel de satisfacción se entenderá como el grado de conformidad que tiene el paciente teniendo en cuenta los aspectos técnicos e interpersonales que le presta el personal de enfermería y se determinara por medio del cuestionario CARE-Q diseñado por Patricia Larson en el año de 1998 y modificado en un estudio de validación, realizado por estudiantes de la Universidad del Bosque, con una confiabilidad del 0.88 a 0.97%. (Anexo 1).

2.2. Satisfacción del paciente

Es la complacencia de los pacientes con los servicio de salud, con los proveedores y con los resultados de la atención⁴. Para esta investigación se entenderá la Satisfacción de la persona como “La medida que hace que el paciente se sienta satisfecho con respecto al cuidado de enfermería y que se haya cumplido con las expectativas que tenía con respecto a la resolución del problema de salud”.

2.3. Paciente

Paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud, sometiéndose a un examen médico, a un tratamiento o a una intervención.

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de este trabajo es el de conocer el nivel de satisfacción de los pacientes frente al cuidado de atención de enfermería, se entenderá por paciente a la persona que se encuentra internada en la unidad de observación en el servicio de urgencias de la institución de salud descrita, con una permanencia mayor de ocho horas.

2.4. Servicio de Urgencias

Para este trabajo se entenderá como servicio de urgencias a la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.

2.5. Institución de Cuarto Nivel de Atención en Salud

Las instituciones de cuarto nivel de atención en salud están habilitadas por el Ministerio de la Protección Social, y prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Dermatología, Endocrinología, Hematología, Psiquiatría, Fisiatría, Genética, Nefrología, Cirugía General, Ortopedia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Urología, Cirugía pediátrica, Neurocirugía, Cirugía plástica, entre otras; cuidado crítico adulto, pediátrico y neonatal, atención de partos y cesáreas de alta complejidad, laboratorio e imagenología de alta complejidad, atención odontológica especializada, otros servicios y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

⁴ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.. Servicio Nacional de Salud. Circulo externo 1997.pág 4.

2.6. Cuidado de enfermería

El concepto dado por diferentes teóricos de enfermería lo definen como “parte fundamental de la práctica de enfermería; la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando éste se da en el continuo salud - enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.

El concepto de Cuidado de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana lo define como “el conjunto de acciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo científico-técnico orientado a comprender al “otro” en el entorno que se desenvuelve”⁵.

Esta investigación se acoge al concepto de Patricia Larson, quien diseñó el cuestionario CARE-Q, instrumento que será aplicado para el desarrollo de este estudio, define el cuidado como “las acciones intencionales que transmiten un cuidado físico, las intenciones emocionales en el que se prevé un sentido de confianza y seguridad en uno en el otro con las siguientes características: Accesibilidad, Explica y Facilita, Conforta, Se Anticipa, Mantiene una Relación de confianza, Monitorea y hace Seguimiento.

3. JUSTIFICACION

La relación enfermera-paciente es un aspecto fundamental en la recuperación del paciente, ya que si se logra una buena comunicación basada en la confianza, se puede generar en el enfermo un sentimiento de seguridad que lo haga receptivo a las sugerencias y recomendaciones que inciden positivamente en la evolución de la enfermedad.

La satisfacción de la población con los servicios de salud que recibe y en especial con los cuidados de enfermería, es un objetivo importante del sistema de salud y proporciona información sobre el éxito del personal de enfermería en cuanto a si alcanza o no las expectativas del paciente. Es importante ofrecer al paciente una atención que sea afectiva y se preocupe no solo por sus problemas de salud, sino por sus problemas personales y sociales.

La evaluación del cuidado de enfermería, debe ser un proceso continuo y flexible, basado en datos enfocados en el resultado del cuidado, y en la percepción de satisfacción del usuario; dado que el grado de satisfacción es el indicador fundamental de la calidad asistencial. Desde este enfoque la

⁵ TORRES Pique, Ana María y otras. Experiencia de Conceptualización en Enfermería. Ceja, noviembre, 2001.

percepción que el paciente tenga sobre el cuidado de enfermería que recibe, es importante para retroalimentar no solamente la profesión sino también el servicio que cada una de las instituciones de salud ofrece a las personas; y ella está relacionada con el grado de satisfacción que tenga.⁶

La satisfacción según Corbella, se puede definir como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario"⁷

La satisfacción del usuario, refleja calidad, siendo este un elemento de vital importancia, que da confiabilidad, credibilidad y prestigio tanto a la institución de salud donde se brinda el cuidado, como al personal de enfermería que brinda dicho cuidado.

La satisfacción según el Instituto nacional de Salud de Madrid, puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado⁸

Es necesario que el profesional de enfermería conozca la percepción del usuario, sobre la calidad de cuidado que recibe, teniendo en cuenta que su objetivo de trabajo es el cuidado, considerándose este como un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud, mediante la satisfacción de sus necesidades humanas fundamentales.

La evaluación de la satisfacción de los pacientes es un valioso instrumento para la investigación en materia de salud, ya que permite por una lado identificar falencias desde el punto de vista del paciente y por otra parte nos permite evaluar los resultados de los cuidados, en este caso los que brinda el personal de enfermería, teniendo en cuenta que las necesidades del paciente son el eje sobre el cual se articulan las prestaciones asistenciales.

¿Porque evaluar la satisfacción de paciente frente al cuidado de enfermería es importante? Es importante evaluar la satisfacción de los pacientes con el

⁶ARIZA, Claudia. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital Universitario de San Ignacio, julio-agosto del 2001

⁷ Corbella A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1990:397-9.

⁸ Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: cómo empezar. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1992:123-9

cuidado de enfermería, ya que la Satisfacción es uno de los indicadores mas utilizados como herramienta gerencial para medir la calidad de los servicios recibidos. El cuidado en si mismo es una vivencia única, tanto para quien lo recibe, como para quien lo brinda⁹.

El nivel de Satisfacción de la persona es el resultado de un sinnúmero de actividades desarrolladas al interior de la institución, promoviendo a través de procesos y procedimientos, el contacto de la persona con la organización en una permanente comunicación que permita garantizar la calidad de los servicios de salud dando apoyo al proceso de evaluación y seguimiento del servicio¹⁰

La satisfacción del usuario con el cuidado que recibe de enfermería, está relacionado directamente con la calidad, ya que esta requiere, tiempo, creatividad, compromiso, previsión, comunicación con el paciente, respeto, continuidad y efectividad, entre otros. Por ende, la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería debe ser un proceso continuo y flexible, basado en datos enfocados en el resultado del cuidado y en la percepción de satisfacción del usuario.

En los servicios de urgencias, los profesionales de Enfermería son parte importante del recurso humano, porque son quienes frecuentemente establecen el primer contacto con el paciente y las relaciones que se establezcan pueden ser decisivas en la Satisfacción del paciente dentro de la institución¹¹

A lo largo del tiempo el sistema de salud se ha ido perfeccionando y por ende los servicios de urgencias de las instituciones de salud se han adecuado a las exigencias de hoy para crear un sistema que garantice una atención eficaz, adecuada y oportuna.

Las urgencias hospitalarias se han convertido en un problema de nuestro sistema sanitario, a causa de la creciente utilización de estos servicios y se ha encontrado en varios estudios realizados, que parte importante de estos casos se podrían haber atendido en otros niveles asistenciales. Se considera un problema en la medida que hay una fuerte presión asistencial que compromete

⁹ DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. El Cuidado Pilar fundamental de Enfermería, 1999, pág 17.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. RODRIGUEZ Ospina, Sarah. Sistema de Garantía de Calidad para los Servicios de Salud. Manual de Procedimientos de Rehabilitación. Santafé de Bogotá, 2000.

¹¹ LLORET, Joseph y otros. Protocolos Terapéuticos de Urgencia, Tercera edición. Barcelona 1997.

la calidad de la atención, la funcionalidad y la eficiencia por parte del equipo de salud.¹²

El Hospital Universitario San Ignacio es una institución de cuarto nivel de atención en salud, en la que se brinda atención en áreas como urgencias, Medicina Interna, Cirugía, Gineco-obstetricia y pediatría; y cuenta con subespecialidades tales como Cardiología, Neurología, Neumología, Nefrología, Oftalmología y Urología, entre otras. Adicionalmente cuenta con los servicios de laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, patología y otros que ayudan a garantizar la calidad de la atención que ofrecen a los usuarios.

El Hospital Universitario San Ignacio es institución docente-asistencial que se caracteriza por tener alta tecnología y brindar atención especializada, cuyo objetivo principal es proporcionar asistencia a nivel preventivo, curativo y de rehabilitación.

El servicio de urgencias de Hospital Universitario San Ignacio se caracteriza por brindar atención en sus diferentes dependencias como los son reanimación, observación, ortopedia, pediatría y consultorios de todas las especialidades durante las 24 horas del día. Este servicio funciona con el personal médico constituido por especialistas, residentes e internos de cada especialidad, personal administrativo y el personal de enfermería (profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería), distribuidos de la siguiente forma: una enfermera coordinadora general, una enfermera y dos auxiliares de enfermería en reanimación, dos enfermeras y cuatro auxiliares de enfermería en observación, una enfermera y dos auxiliares de enfermería en pediatría, una enfermera y una auxiliar de enfermería en pasillos, una enfermera y una auxiliar de enfermería en triage, una auxiliar de enfermería en consultorios y dos auxiliares encargadas del traslado de los pacientes.

Dada la alta complejidad del servicio, a consecuencia del alto volumen de pacientes y la necesidad de brindar una atención rápida y oportuna, los trabajadores de enfermería se enfrentan a diario a desempeñarse en un entorno exigente, tanto por los usuarios quienes demandan una atención rápida, como de la Institución quien ofrecen los servicios en términos de eficacia y eficiencia.

Eficacia y eficiencia para las empresas prestadoras de salud comprende todos con los recursos necesarios para desempeñar el logro de los objetivos previamente establecidos, utilizando un mínimo de recursos; de esta manera asegurar la satisfacción del usuario y construir aceptables niveles de eficiencia,

¹² CABRERO Garcia Julio, MARTÍNEZ Miguel R, RIEG Ferrer Ambilio. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo multimetodo reducida.

calidad en los servicios de atención para aumentar la satisfacción de los usuarios¹³

Se ha reconocido también que las actuales modalidades de contratación, la sobrecarga laboral, la ausencia de recursos y de medidas de bioseguridad, la limitación del acceso a cursos de capacitación y actualización, y la restricción de acceso a programas de bienestar social, generan un alto nivel de insatisfacción y desmotivación para el cuidado. Estas inquietudes crearon la necesidad de comprobar la existencia de algo que siempre se ha considerado implícito en la práctica de enfermería: *el cuidado*, entendido como un acto de reciprocidad que es interactivo. Cuidar demanda la entrega del profesional de enfermería, hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente, y envuelve lo objetivo y lo subjetivo en un todo coherente.¹⁴

Por lo general los proveedores o administradores sanitarios tienen un enfoque retrospectivo del análisis del problema, es decir, buscan como mejorar la efectividad y la eficiencia del servicio de urgencias con relación a un problema de salud. Por el contrario, el enfoque del usuario o del paciente es prospectivo, es decir, buscan una solución rápida y eficaz para una necesidad derivada de un problema de salud.

La Satisfacción de los pacientes es uno de los parámetros que actualmente se tiene en cuenta para evaluar la calidad de la atención en salud, por ende, es importante tener en cuenta el concepto que tienen los usuarios con relación a los servicios ofrecidos por el personal de enfermería, siendo este, el recurso humano que más cercanía tiene con el paciente y su familia, actuando como el principal canal de comunicación.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería.

¹³ Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina

¹⁴ SIERRA Maria Teresa, cardona Liliana Patricia, Bernal segura Maria, Forero Rozo Ana Elizabeth. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá.

4.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población objeto del estudio (edad, sexo y escolaridad).
- Identificar la satisfacción de los pacientes en términos de accesibilidad, explicación y facilitación, confort, anticipación, mantenimiento de una relación de confianza y monitoreo y seguimiento.
- Determinar cual de los indicadores de la escala CARE-Q obtiene el nivel de satisfacción más alto con relación a los demás.
- Determinar cual de los indicadores de la escala CARE-Q obtiene el nivel de satisfacción más bajo con relación a los demás.

5. PROPOSITOS

- Aportar información que contribuya al mejoramiento de la profesión de enfermería y al reconocimiento de la misma por parte de otras disciplinas.
- Retroalimentar a los trabajadores de las instituciones de salud y demás unidades encargadas de la asistencia y cuidado de pacientes, teniendo en cuenta el nivel de satisfacción de los pacientes frente a la atención de enfermería.
- Hacer aportes con relación al cuidado de enfermería al personal del servicio de urgencias del Hospital San Ignacio, que contribuyan a mejorar la calidad de los servicios dentro del marco del mejoramiento continuo.
- Contribuir con la línea de investigación en calidad del cuidado de enfermería, aportando elementos desde la perspectiva de las personas que reciben el cuidado, para realizar los correctivos necesarios que permitan lograr la excelencia en el cuidado de enfermería.

6. MARCO DE REFERENCIA

En el siguiente texto se presentan las bases bibliográficas que fueron consultadas como guías para contextualizar el planteamiento y desarrollo del presente trabajo; de cada una de ellas se encuentra un breve resumen con las ideas claves que fueron tenidas en cuenta y sus correspondientes citas bibliográficas.

CUIDADO DE ENFERMERIA

La enfermería desde sus orígenes era considerada como una ocupación basada en la experiencia práctica y el conocimiento común, y no se contemplaba el conocimiento científico de la profesión.

Los primeros escritos sobre el cuidado de enfermería como base de la enfermería profesional, aparecen en el siglo XIX, en el año 1852 con el trabajo de Florence Nightingale “Notas de Enfermería” en donde se refería a las técnicas para brindar a los enfermos comodidad, higiene y alimentación. Para la autora el cuidado era un arte y una ciencia que exigía una formación formal y el papel de la enfermera era colocar al paciente en la mejores condiciones para que la naturaleza interviniera sobre el.

Es importante resaltar que la salud en el siglo XIX se caracterizó por la necesidad de mejorar la limpieza y controlar las enfermedades infecciosas, lo que ayudo a Florence a percibir la influencia de la naturaleza y la importancia del medio ambiente.

En el siglo XX, durante las décadas treinta y cuarenta, Virginia Henderson desarrollo una propuesta cuyo fin era definir la función de enfermería. Posteriormente en una publicación sobre el plan de cuidado de enfermería, reconoce que desde los años veinte varias enfermeras elaboraban bosquejos para la elaboración de los planes de cuidado. En esta época la salud era definida como la ausencia de enfermedad y por ende el cuidado se orientaba hacia la resolución de problemas. Hacia la mitad del siglo, el concepto de cuidado se amplía, considerando el contexto para comprender y explicar la situación de salud individual y colectiva y el cuidado se enfoca hacia contribuir en la recuperación de la salud, prevenir la enfermedad y promover el mantenimiento de la salud. De esta forma el cuidado se brinda a partir de la identificación de la necesidad de ayuda teniendo en cuenta la percepción e integridad de la persona.

Algunas investigaciones realizadas por la Universidad de Washington en los años cincuenta aportaron los fundamentos para diseñar los primeros “Planes de Cuidado”, cuyas bases eran principios científicos.

En los años Sesenta en América del Norte, como respuesta a las exigencias que planteaba el sistema de salud, surgió la preocupación por construir "Modelos de Enfermería" y por desarrollar un método a partir del "Proceso de Enfermería".

En el libro "La dimensión social de la práctica de la enfermería", escrito por Consuelo Castrillón, afirma que en los modelos conceptuales se encuentran representaciones de enfermería que han sido útiles en la orientación de la formación del cuidado y de la investigación. "Estos modelos derivan de alguna teoría mezcla de teorías de la biología, la psicología, la sociología y la antropología, saberes que se adoptaron para ilustrar la estructura del cuidado de enfermería y para guiar la manera de formar, investigar y ejercer la profesión". De igual forma afirma "que los modelos propuestos durante estos dos decenios se puede decir que coinciden en trabajar el Cuidado como objetivo social de enfermería y representan el saber contemporáneo, que intenta desligarse de los fundamentos anatomoclínicos y etiopatológicos, que por más de un siglo constituyeron los únicos fundamentos científicos de enfermería, para construir su objeto de saber con el apoyo de las ciencias sociales, que aportan otras lecturas de las necesidades del ser humano en relación con sus procesos vitales".

En 1985 la teórica Meleis dice: "La enfermería interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones cliente-enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para causar o facilitar la situación de salud". También afirma "que la enfermería ha atravesado numerosas etapas en la búsqueda de la identidad profesional y autenticidad y define cuatro etapas para el desarrollo de la profesión: 1- práctica; 2-educación y administración; 3- investigación y 4-desarrollo teórico"¹⁵. En la última etapa se considera que se aceptó la complejidad de la enfermería y la posibilidad de trabajar con múltiples paradigmas, la necesidad de probar y corroborar los planteamientos más importantes de las diferentes teorías, y además la idea de aceptar nuevos modelos y teorías en el campo docente, investigativo y de la práctica.

En el decenio del Noventa, son indagados los conceptos propios de la enfermería por el movimiento de reflexión sobre la conceptualización en Enfermería y de igual forma se propone precisar cuál es el objetivo o razón social de la enfermería, identificando "el cuidado" como la función histórica de los profesionales de enfermería.

¹⁵ . MELEIS AL. Desarrollo y Progreso de la teoría de enfermería. 3ª ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.

En la literatura se evidencian algunos estudios hechos en Sudamérica, que no demuestran haber desarrollado corrientes teóricas basadas en las características de la experiencia Norteamericana. En Colombia, se encuentran algunas investigaciones como la que realizó el grupo de reglamentación profesional, integrado por representantes de docencia y de servicio. Este grupo participó en la expedición de la Ley 266 de 1996, en donde no solo se define la Enfermería sino que el cuidado se especifica como el fin de la práctica profesional: "Enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el "cuidado integral de la persona, familia y comunidad" en todas las etapas de la vida dentro del espectro del proceso salud-enfermedad".

Según el grupo de conceptualización de la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, el cuidado así definido implica una mirada cuidadosa, un acercarse a las personas en relación de proximidad. Vale la pena destacar que este cuidado está atento a establecer una relación interpersonal y fundamentada en una actitud de apertura al dialogo, respeto por lo demás, sensibilidad, ante las experiencias propias y las de otros. Es esta relación interpersonal la que orienta la aplicación de los conocimientos y habilidades, llevando siempre a suscitar en el otro aquellos motivos que lo induzcan a asumir el papel central en la optimización de su vida¹⁶.

El profesional de enfermería como consejero debe ser un líder experto, capaz de analizar una situación, sintetizar la información y experiencia y evaluar el progreso y la productividad del individuo o del grupo; la enfermera debe moldear y enseñar conductas deseadas, ser sincera con las personas que trata, ser flexible, tener iniciativa, mantener la concentración y tener sentido del humor para tratar gente diversa¹⁷.

Patricia Larson, enfermera, quien diseño el cuestionario CARE-Q, (Caring asseement evaluation Q-Short), instrumento que será aplicado para el desarrollo de este estudio, el cual tiene una validez interna de 0.88 a 0.97, ha sido adaptado y utilizado en varios países como Estados Unidos, Australia, Chin, Taiwan, permite determinar los comportamientos que perciben importantes pasar sentirse satisfecho. El instrumento cuenta con seis categorías analizadas en esta investigación, en donde la enfermera debe asegurar que el usuario este cómodo, se sienta seguro, sea bien atendido y además este atenta a que los equipos de monitoreo funcionen. Teniendo en

¹⁶ TORRES Pique, Ana María y otras. Experiencia de Conceptualización en Enfermería. Ceja, noviembre, 2001

¹⁷KOZIER, Bárbara y otros. Enfermería Fundamental. Concepto procesos y Prácticas, 1994. México D, pág 32

cuenta que Patricia define el cuidado como “las acciones intencionales que transmiten un cuidado físico, las intenciones emocionales en el que se prevé un sentido de confianza y seguridad en uno en el otro con las siguientes características: accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene una relación de confianza, monitorea y hace seguimiento, el instrumento contiene una serie de preguntas que evalúan que evalúan cada una de las categorías mencionadas anteriormente.

La satisfacción de los pacientes, es uno de los pilares en los que se basa la atención actual para calificar la prestación de los servicios de salud de las Instituciones. Este concepto viene desde hace varios años; uno de los pioneros en hablar sobre calidad en los servicios de salud fue el doctor Adevis Donabedian, quien sugirió que todos los aspectos teóricos deberían ser reunidos en la practicas para ver al paciente como un todo que necesita de las actividades del personal de salud para su recuperación integral.

Se debe a Donabedian la división de la producción de servicios de salud en tres componentes: estructura, proceso y resultados. Esta división ha sido el punto de partida más aceptado en todo el mundo para clasificar los programas de control de calidad.

Donabedian (2001) define la garantía de la calidad como una actividad basada en obtener información sobre la práctica y en función de esa información, hacer un reajuste de las circunstancias y procesos de la atención de la salud. Así, confiere a los "consumidores" (refiriéndose a los pacientes) tres papeles principales: a) el de colaboradores para definir la calidad, evaluar la misma e informar sobre sus experiencias sanitarias; b) el de objetivo de la garantía de calidad, considerándolos conjuntamente con los profesionales como coproductores de la asistencia desde su lugar de sujetos autónomos que pueden dirigir su asistencia y como vehículos de control cuando sirven para regular la conducta del médico, y c) el de reformadores de la atención médica, ya sea a través de la participación directa en la relación con el profesional, como apoyo administrativo brindando sus opiniones en forma sistemática, a través de mecanismos de mercado que implica poder elegir entre fuentes alternativas disponiendo de información adecuada o bien con la acción política, como ciudadanos, en una postura más alejada de su condición de pacientes, siendo firmes, asertivos, incluso polémicos¹⁸.

¹⁸ DONABEDIAN, A. (2001) The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial, 16, 102-106. Madrid

En el enfoque estructural, el punto de partida consiste en que si se tienen buenas condiciones previas es más probable que se pueda obtener un mejor resultado. La estructura hace referencia a las instalaciones y equipos, así como a los recursos humanos.

El control de calidad basado en la estructura es un método indirecto de medida de la calidad hospitalaria (Donabedian, 1966) y, en sí mismo, no garantiza el buen resultado de la asistencia, ni el proceso propiamente dicho.

Los programas más importantes de control de calidad basados en el enfoque estructural son la educación y la acreditación de las instituciones y del personal (Vuori, 1988). Vuori afirma que la calidad tiene en cada circunstancia el límite dado por los conocimientos disponibles. Es la barrera para cambiar los horizontes de la calidad.¹⁹

Tanto Donabedian como Vuori identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control:

- Efectividad: conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbimortalidad sobre un grupo poblacional definido
- Eficacia: medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos individuales.
- Eficiencia/optimidad: habilidad de bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados.
- Equidad: distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales.
- Aceptabilidad/legitimidad: conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.
- Accesibilidad: todo tipo de acceso para obtener los servicios.
- Adecuación de los servicios: dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población.
- Calidad técnico/científica: incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles.

La polémica respecto a la mayor o menor validez del enfoque estructural como instrumento de calidad es amplia. Hay quienes consideran que es el enfoque más débil. Sin embargo, admitiendo que una buena estructura no garantiza un resultado igualmente bueno, puede evitar un deterioro de la calidad que podría resultar por no aplicar unos estándares determinados.

¹⁹ VUORI, H. "El control de calidad en servicios sanitarios". Ed. Masson, Barcelona, 1988

El enfoque del proceso, tiene su fundamento en que, si el conocimiento médico del momento y la tecnología disponible se aplican en todas las fases de la atención al paciente, es más probable que sea bueno, que si se aplican de forma deficiente. El proceso tiene relación con el resultado, aunque en la asistencia sanitaria no siempre se conoce con exactitud.

El método más utilizado para el análisis del proceso ha sido el de la auditoría médica, a través de la historia clínica del paciente, lugar donde se anota todo el proceso. El principal impulsor de este método fue Lembcke (1956).

La auditoría es un sistema de control de calidad retrospectivo y proporciona información para una mejora en procesos futuros. Una manera de evitar los inconvenientes que tienen sería establecer algún método que permita corregir el proceso durante su realización.

La importancia de la educación continuada, como estrategia en el enfoque del proceso, mantiene al día a los profesionales y corrige las deficiencias observadas en la calidad de la asistencia. Sin embargo, los resultados que se obtienen generalmente son más bien escasos.

En el enfoque del resultado, el fin último de la asistencia sanitaria es curar la enfermedad, frenar su progresión, restablecer la capacidad funcional o aliviar el dolor y el sufrimiento, además de la prevención, evitando complicaciones innecesarias. Todo ello forma parte del resultado y es el índice más concreto para medir la calidad de la asistencia.

Sin embargo, los resultados pueden ser insensibles para medir la asistencia prestada por un profesional, salvo que se tenga en cuenta un período largo de tiempo, que no sirve para el control rutinario. Es más útil para medir los resultados generales del sistema en su conjunto (índices de mortalidad y morbilidad) y el que recibe una población.²⁰

La garantía de calidad ha sido una "industria creciente", ha logrado evolucionar; comenzando como una actividad puramente profesional. Hoy en día la satisfacción del paciente es vista cada vez más como un objetivo de la atención a la salud.

La garantía de la calidad no se inició solamente como una actividad profesional, sino como una iniciativa de orden médico. La mayoría de los pioneros de la garantía de calidad fueron médicos. Hoy, muchos otros

20

http://books.google.com.co/books?id=AAUdbDjw42kC&pg=PA206&lpg=PA206&dq=VUORI,+H.+V.&source=web&ots=h9rH3B_3Dw&sig=USzNYcWZcCJce5z3yv_Rqi3GqVE&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ct=result#PPA212,M1

profesionales —por ejemplo enfermeras, odontólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales son miembros activos de la garantía de calidad. En algunos países las enfermeras han superado a los médicos y son, indiscutiblemente, las líderes; organizan programas piloto y de rutina, cursos de entrenamiento y publican libros. Finalmente, como actividad profesional y médica, la garantía de la calidad tradicional tenía como objetivo la excelencia; no importaban los costos implicados en la búsqueda de la excelencia. Hoy, la meta es la eficiencia. La definición de calidad incluye los costos. La calidad significa satisfacer las necesidades del paciente al menor costo posible. Los costos son una parte ineludible de la calidad.²¹

Para el Ministerio de Protección Social, la calidad sigue siendo uno de los principales objetivos, por ello se creó el decreto 1011 que da indicaciones acerca de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

En el mismo decreto, artículo 32 de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud “los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación.”²²

En el decreto 2309, se indica los pasos a seguir para llevar a cabo la acreditación que demuestre los más altos estándares en cuanto a calidad.

Se inicia con el proceso de habilitación que a su vez es el primer paso del proceso y se valora la institución en su totalidad, los riesgos y fortalezas de la misma. Se continúa con el proceso de acreditación que a su vez tiene tres pasos importantes: El primero es la evaluación interna, luego una autoevaluación y procesos para mejorar las falencias, luego se hace un seguimiento y monitorización de las actividades. Cabe recordar que estos pasos son un conjunto armónico e integrado.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

²¹ HANNU VUORI, revista salud publica de mexico. <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001291#autores>

²² Ministerio de La Protección Social Dirección de Calidad de Servicios

2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.”

El decreto 1036/06 indica también que para la habilitación las empresas prestadoras de salud deberán tener auditorías internas que den mayor calidad frente a la prestación de servicios.

De esta forma el PAMEC (programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud), se define como un componente obligatorio del sistema obligatorio de garantía de calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios” (Ministerio de Protección Social).

El Ministerio de la Protección Social define cuatro objetivos del Sistema de Información para la Calidad:

- **Monitorear:** se refiere a hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS. (Enfoque del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud)
- **Orientar:** se refiere a contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- **Referenciar:** significa contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- **Estimular:** propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.²³

²³ Decreto 1011 de 2006: Artículo 46°. - OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Por esto, la introducción de los términos de eficacia y eficiencia hacen que la empresas prestadoras de salud cuenten con los recursos necesarios para desempeñar el logro de los objetivos previamente establecidos, utilizando un mínimo de recursos; de esta manera asegurar la satisfacción del usuario y construir aceptables niveles de eficiencia, calidad en los servicios de atención para aumentar la satisfacción de los usuarios²⁴

Se ha reconocido también que las actuales modalidades de contratación, la sobrecarga laboral, la ausencia de recursos y de medidas de bioseguridad, la limitación del acceso a cursos de capacitación y actualización, y la restricción de acceso a programas de bienestar social, generan un alto nivel de insatisfacción y desmotivación para el cuidado. Estas inquietudes crearon la necesidad de comprobar la existencia de algo que siempre se ha considerado implícito en la práctica de enfermería: *el cuidado*, entendido como un acto de reciprocidad que es interactivo. Cuidar demanda la entrega del profesional de enfermería, hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente, y envuelve lo objetivo y lo subjetivo en un todo coherente.²⁵

Por lo general los proveedores o administradores sanitarios tienen un enfoque retrospectivo del análisis del problema, es decir, buscan como mejorar la efectividad y la eficiencia del servicio de urgencias con relación a un problema de salud. Por el contrario, el enfoque del usuario o del paciente es prospectivo, es decir, buscan una solución rápida y eficaz para una necesidad derivada de un problema de salud.

La calidad de los servicios de salud se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas de la persona, de allí que la satisfacción de la persona es uno de los aspectos que determinan la calidad de un servicio.

En la actualidad la calidad esta a cargo de el Sistema de Garantía de Calidad entendido como el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, procesos y procedimientos, organizados para contribuir a mejorar la calidad de la atención, la satisfacción del cliente interno y externo, propiciando así una mayor demanda de los servicios y mejores resultados económicos para la situación²⁶”.

²⁴ Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina

²⁵ SIERRA Maria Teresa, cardona Liliana Patricia, Bernal segura Maria, Forero Roza Ana Elizabeth. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá.

²⁶ RODRIGUEZ, William. Salud ¿Cómo garantizar la calidad? Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto de Seguro Social, Colombia 1996.

Todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben garantizar un a los usuarios una atención con calidad acorde a las necesidades de los pacientes, es decir, debe contar tanto con los recursos materiales como humanos para ofrecer una atención eficaz y eficiente en cada una de sus dependencias.

El servicio de urgencias como puerta de entrada de las Instituciones de Atención en Salud, debe garantizar a los usuarios una atención ágil, oportuna y segura, que cumpla con los estándares de calidad mencionados en párrafos anteriores.

URGENCIAS

Es el servicio inicial para aquel paciente que presenta daños en su salud, por lo tanto la atención y el cuidado a las personas, debe prestar con altos estándares de calidad y de conocimiento. El equipo de salud debe ser idóneo y capaz de enfrentarse a diferentes retos que se puedan presentar en el servicio, por tanto existe una reglamentación que ejerce control sobre los servicios de urgencias de las diferentes instituciones prestadoras de salud.

La Constitución política de Colombia en el artículo 1 de Decreto 1761 de 1990²⁷, define urgencia como la alteración de la integridad física y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud con los recursos existentes, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas.

El artículo 2 de este mismo Decreto, dice que el servicio de atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia, desde el momento y lugar de ocurrencia, durante el traslado y su permanencia en las entidades del Sector Salud autorizadas para prestar estos servicios.

Con relación a la Obligatoriedad en el artículo 3 del referido Decreto se habla sobre la obligación que tienen todas las entidades o establecimientos públicos o privados que hayan sido autorizados para la prestación de servicios de urgencias, a atender los casos de urgencias conforme a lo establecido en el artículo 2 de la ley 10 de 1990 y sin exigir condiciones previas al paciente para prestar su atención. Esta obligatoriedad estará acorde al nivel de atención de la institución respectiva y existirá en la forma de contrarreferencia (las

²⁷ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Decreto 1761 de 1990

instituciones de menor complejidad estarán obligadas a recibir y atender los pacientes enviados desde las instituciones de mayor complejidad). De igual forma la obligatoriedad deberá estar de acuerdo con los recursos disponibles y el nivel de atención de la institución respectiva.

En el artículo 13 del citado Decreto pone en vigencia la obligatoriedad a partir del 1 de julio de 1991.

Acorde a la anterior normatividad se concluye que desde el año 1990 “Es una obligación de carácter legal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, ofrecer la atención inicial de urgencias a cualquier persona que requiera este servicio, siempre y cuando la Institución cuente con los recursos necesarios para ofrecer el servicio, estos recursos hacen referencia tanto a el equipo humano como a los recursos financieros, materiales y tecnológicos”.

En 1992 se crea el Decreto 412 el cual deroga los Decretos 660 de 1997, 1761 de 1990 y 1706 de 1991 y en el que se adoptan nuevas definiciones²⁸ para el desarrollo del mismo, tales como:

- Urgencia: Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.
- Atención inicial de urgencia: Son todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.
- Atención de urgencias: Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.
- Servicio de urgencias: Es la unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados tanto humanos como físicos y de dotación que permitan la atención de personas con patología de urgencia, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad previamente definidos por el Ministerio de Salud para esa unidad.
- Red de urgencias: Es un conjunto articulado de unidades prestatarias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad, ubicado cada uno en un espacio poblacional concreto, con

²⁸ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Decreto 412 de 1992

capacidad de resolución para la atención de las personas con patologías de urgencia, apoyado en normas operativas, técnicas y administrativas expedidas por el Ministerio de Salud.

La Resolución 249 de 1998, aprueba lo dispuesto en los artículos 44, 48, 49, y 50 de la Constitución Política, y su desarrollo legal (el literal (a) del artículo 3 de la Ley 10 de 1990, el numeral 2 del artículo 159 de la Ley 100 de 1993), en donde se reglamenta que el Estado tiene el deber de garantizar a todos los habitantes del Territorio Nacional la atención inicial de urgencias y la atención de urgencias, entendidos en los términos del Decreto 412 de 1992, de la Resolución 5261 de 1994 expedidas por el Ministerio de Salud y por ende en consecuencia, se reitera que ninguna Institución Prestadora de Servicios de Salud, podrá negarse a prestar la atención inicial de urgencias, incluidas las instituciones sin ánimo de lucro y que deben responsabilizarse del paciente hasta el momento en que sea dado de alta²⁹. En la actualidad esta normatividad permanece vigente.

Teniendo en cuenta que el presente estudio se realizó en las Instalaciones del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de San Ignacio, se tienen en cuenta las definiciones que están preestablecidas en la Institución.

El Hospital Universitario de San Ignacio define urgencia como “la alteración de la integridad física o mental de una persona, causada por trauma o por enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte”³⁰

Para las directivas del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de San Ignacio la atención inicial de urgencias comprende todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencias y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle un destino inmediato tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud³¹.

²⁹ CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Resolución 249 de 1998.

³⁰ Hospital Universitario de San Ignacio. Urgencias en el HUSI. Disponible en: Unidad de Urgencias. Hospital Universitario San Ignacio. Disponible en: <http://www.husi.org.co/index.php?abrir=261&id=261>

³¹ Hospital Universitario de San Ignacio. Urgencias en el HUSI. Disponible en: Unidad de Urgencias. Hospital Universitario San Ignacio. Disponible en: <http://www.husi.org.co/index.php?abrir=261&id=261>

SITUACION ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

La avalancha de pacientes en urgencias se refleja con claridad en las estadísticas nacionales. En Colombia se están presentando cada año entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65 por ciento del total de las consultas. Es decir, por cada 100 consultas hospitalarias, 65 son por urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC).

El Dr. Juan C. Giraldo director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), estima que el sobrecupo promedio en los servicios de urgencias de los hospitales públicos y privados en Bogotá es de aproximadamente 20%, considerándose un porcentaje demasiado alto, teniendo en cuenta que la literatura médica internacional indica que se deberían atender treinta consultas de urgencias por cada cien consultas externas.

La demanda de atención en los servicios de urgencia de Bogotá ha tenido un incremento del 54,6 por ciento en los tres últimos años: pues se pasó de 758.004 registradas en el 2003, a 1'172.007 en el 2006. Y en hospitales como el de Kennedy, el sobrecupo ya supera el 20 por ciento³², admite el secretario Distrital de Salud, Héctor Zambrano.

Trabajadores del Hospital de Kennedy manifiestan "Tenemos que poner camillas en los corredores como una necesidad", dice Diego Posada. "Si no lo hiciéramos tendríamos que devolver a muchos pacientes. Y aunque ellos no estén en una habitación, la realidad es que en los corredores reciben la atención, y un trato digno"³³.

El presidente de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Roberto Esguerra, dice que el 80% de las consultas recibidas en los hospitales públicos y privados en el país, en realidad no corresponden a urgencias. "Estos servicios se hicieron para atender rápidamente las situaciones críticas que se presentan de manera imprevista y que ponen en peligro inminente su vida", explica Esguerra, quien añade: "una gripa o un dolor de muela o de estómago no constituyen una urgencia"³⁴. Sin embargo, esas urgencias que no lo son (resfriados, dolores dentales, caries, controles de embarazo y amigdalitis) coparon, por ejemplo, un 40 por ciento de las consultas (468 mil) atendidas por los hospitales públicos en Bogotá.

³² ZAMBRANO Héctor. Secretario Distrital de Salud.

³³ POSADA Diego. Jefe de urgencias del Hospital de Kennedy.

³⁴ ESGUERRA Roberto. Presidente de la Junta directiva de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas considera que los servicios de urgencias se ven colapsados como consecuencia de que los usuarios en vista de la demora en las citas de consulta externa y/o con especialistas, prefieren acudir a las urgencias hospitalarias, ya que estas funcionan las 24 horas y atención es más rápida. Por otra parte hay que tener en cuenta que las consultas por urgencias son menos costosas para los usuarios que no requieren copagos, en comparación con las citas programas o externas, en las que se debe cancelar una cuota moderadora por cada atención prestada.

Miembros de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y otros expertos, en respuesta a la problemática planteada anteriormente sugieren algunas soluciones como la ampliación de horarios en consulta externa, la asignación de citas oportunas y menos demoradas, realizar campañas de prevención de enfermedades y promoción de la salud y educar a los usuarios para el buen uso del servicio.

De acuerdo con las estadísticas anteriormente expuestas, se considera que este tipo de consultas deberían atenderse por consulta externa u otro tipo de servicio, esto ayudaría disminuir el volumen de pacientes en los servicios de urgencias, por ende la atención ofrecida a los usuarios tanto por el equipo médico como el de enfermería, sería más personalizada y muy posiblemente se dedicaría el tiempo necesario para satisfacer las necesidades individuales y colectivas de los pacientes, incrementando de esta forma el nivel de satisfacción frente a los servicios recibidos.

El Hospital San Ignacio, aún siendo una entidad privada no es ajeno a esta problemática, al igual que otras Instituciones de Salud, en el servicio de urgencias a diario ingresa un alto volumen de pacientes que en ocasiones dificulta brindar una atención rápida y oportuna, según refieren algunos de los pacientes que participaron en el estudio.

La unidad de urgencias del Hospital Universitario San Ignacio atiende todo tipo de urgencias las 24 horas del día. Para ello cuenta con el personal humano calificado y una tecnología en constante renovación.

SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUSI

La planta física del servicio de urgencias está dividida en varias dependencias cada una con capacidad de atención para determinados pacientes descritas a continuación:

- Reanimación: cinco (5) camillas
- Observación hombres: diecisiete (17) camillas
- Observación mujeres: diecisiete (17) camillas

- Pediatría: tres (3) camillas y Siete (7) cunas
- Consultorios: doce (12) consultorios para atención de pacientes de Medicina Interna, Cirugía, Medicina General, Oftalmología, Neurocirugía, Neurología, Psiquiatría, Urología y Procedimientos de Enfermería.
- Ortopedia: cinco (5) consultorios y dos (2) camillas

El servicio de urgencia presta servicio las 24 horas del día y dado que es una institución de cuarto nivel de atención en salud atiende pacientes de todas las especialidades médicas. Cuenta con cuatro turnos distribuidos en la mañana, tarde, y las dos noches correspondientes. Para cada turno dispone de un total de 6 profesionales en enfermería y 12 auxiliares de enfermería distribuidos de la siguiente forma:

- Triage: 1 profesional de enfermería y 1 auxiliar de enfermería.
- Reanimación: 1 profesional de enfermería y 2 auxiliares de enfermería (Una de ellas es la encargada de la toma de glucometrías y Electrocardiograma de todo el servicio de urgencias).
- Consultorios y pasillo: 1 profesional de enfermería y 2 auxiliares de enfermería.
- Pediatría: 1 profesional de enfermería y 1 auxiliar de enfermería.
- Observación hombres/mujeres: 2 profesionales de enfermería y 3 auxiliares de enfermería (En el turno de la mañana se asignan 4 auxiliares de enfermería en esta dependencia y en el turno de la tarde se dispone de 1 auxiliar de enfermería adicional quien se encarga de dar apoyo en la dependencia con mayor volumen de pacientes).
- Los turno de la mañana y la tarde cuentan con 1 profesional de enfermería que se encarga de la coordinación del servicio y la coordinadora general quien se ocupa de la administración general de urgencias.

Tabla 1. Atención de urgencias julio de 2008

TRIAGE	TOTAL PACIENTES ADMITIDOS	NO ATENDIDOS	%	ATENDIDOS	%
SIN TRIAGE	979		0,00	979,00	100,00
TRIAGE 1	7		0,00	7,00	100,00
TRIAGE 2 Cirugía General	67	5	7,46	62,00	92,54
TRIAGE 2 Cirugía Plástica	63	2	3,17	61,00	96,83
TRIAGE 2 Gineco-Obstetricia	31	2	6,45	29,00	93,55
TRIAGE 2 Medicina General	1965	43	2,19	1922,00	97,81
TRIAGE 2 Medicina Interna	399	8	2,01	391,00	97,99
TRIAGE 2 Neurocirugía	43	1	2,33	42,00	97,67
TRIAGE 2 Neurología	70		0,00	70,00	100,00
TRIAGE 2 Oftalmología	584	3	0,51	581,00	99,49
TRIAGE 2 Ortopedia	642	8	1,25	634,00	98,75
TRIAGE 2 Otorrinolaringología	206	4	1,94	202,00	98,06

TRIAGE 2 Pediatría	1715	5	0,29	1710,00	99,71
TRIAGE 2 Psiquiatría	68		0,00	68,00	100,00
TRIAGE 2 Urología	4		0,00	4,00	100,00
TRIAGE 3 Medicina General	3330	427	12,82	2903,00	87,18
TRIAGE 3 Oftalmología	2		0,00	2,00	100,00
TRIAGE 3 Ortopedia	1		0,00	1,00	100,00
TRIAGE 3 Otorrinolaringología	3		0,00	3,00	100,00
TRIAGE 4 Medicina General	274	71	25,91	203,00	74,09
Total general	10453	579	5,54	9874,00	94,46

Fuente: Estadísticas de Urgencias Hospital San Ignacio. Julio de 2008

Tabla 2. Atención de urgencias agosto de 2008

TRIAGE	TOTAL PACIENTES ADMITIDOS	NO ATENDIDOS	%	ATENDIDOS	%
SIN TRIAGE	1267	1	0,08	1266,00	99,92
TRIAGE 1	19			19,00	100,00
TRIAGE 2 Cirugía General	94	9	9,57	85,00	90,43
TRIAGE 2 Cirugía Plástica	53	1	1,89	52,00	98,11
TRIAGE 2 Gineco-Obstetricia	17			17,00	100,00
TRIAGE 2 Medicina General	1665	65	3,90	1600,00	96,10
TRIAGE 2 Medicina Interna	344	4	1,16	340,00	98,84
TRIAGE 2 Neurocirugía	44	1	2,27	43,00	97,73
TRIAGE 2 Neurología	60	1	1,67	59,00	98,33
TRIAGE 2 Oftalmología	564	11	1,95	553,00	98,05
TRIAGE 2 Ortopedia	718	10	1,39	708,00	98,61
TRIAGE 2 Otorrino	193	7	3,63	186,00	96,37
TRIAGE 2 Pediatría	1703	16	0,94	1687,00	99,06
TRIAGE 2 Psiquiatría	72	5	6,94	67,00	93,06
TRIAGE 2 Urología	4			4,00	100,00
TRIAGE 3 Cirugía General	4	2	50,00	2,00	50,00
TRIAGE 3 Cirugía Plástica	6			6,00	100,00
TRIAGE 3 Gineco-Obstetricia	1			1,00	100,00
TRIAGE 3 Medicina General	3517	672	19,11	2845,00	80,89
TRIAGE 3 Medicina Interna	3			3,00	100,00
TRIAGE 3 Neurología	1			1,00	100,00
TRIAGE 3 Oftalmología	50	2	4,00	48,00	96,00
TRIAGE 3 Ortopedia	81	1	1,23	80,00	98,77
TRIAGE 3 Otorrino	15	1	6,67	14,00	93,33
TRIAGE 3 Pediatría	4			4,00	100,00
TRIAGE 4 Cirugía Plástica	1	1	#####	0,00	0,00
TRIAGE 4 Medicina General	475	158	33,26	317,00	66,74
TRIAGE 4 Medicina Interna	1	1	#####	0,00	0,00
TRIAGE 4 Oftalmología	1			1,00	100,00

TRIAGE 4 Ortopedia	6	2	33,33	4,00	66,67
Total general	10983	971	8,84	10012,00	91,16

Fuente: Estadísticas de Urgencias Hospital San Ignacio. Agosto de 2008.

En las anteriores tablas se observan las estadísticas de atención de pacientes en servicio de urgencias del Hospital San Ignacio dos meses antes de la recolección de datos para el desarrollo del presente trabajo. Se puede observar que el volumen de pacientes tiende a incrementar en agosto con relación al mes anterior, el volumen de pacientes ingresados es considerable teniendo en cuenta que los porcentajes de los pacientes atendidos superan el porcentaje de los pacientes no atendidos. Lo anterior permite ver la exigencia que tiene el equipo de salud, y en especial el personal de enfermería para brindar una atención oportuna y equitativa que satisfaga las necesidades de los pacientes.

Haciendo una búsqueda bibliográfica de algunos de los estudios hechos sobre la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería, se encontró uno hecho en el año 2001 por la enfermera cardióloga Claudia Ariza, quien determino la satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Dicho estudio fue realizado en el Hospital San Ignacio en el servicio de medicina interna, el instrumento utilizado al igual que el presente estudio fue el cuestionario CARE-Q, dentro de los resultados más relevantes demostraron que:

- Los pacientes del servicio de medicina interna hospitalizados por patología crónica de origen cardiovascular tienen un grado de satisfacción alto respecto a la categoría de MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO ya que consideran que la enfermera tiene apariencia profesional, es organizada y conoce la forma correcta de administrar los medicamentos y el tratamiento, así como de manejar equipos necesarios para su cuidado.
- De acuerdo a la clasificación Q (alto, medio, bajo) lo más sobresaliente es que están satisfechos en un grado alto con el desempeño de enfermería respecto a categorías relacionadas con ASPECTOS CIENTÍFICO-TÉCNICOS (medicamentos, tratamiento, equipos, confort), pero no sucede lo mismo con las categorías de EXPLICA Y FACILITA y SE ANTICIPA las cuales contemplan aspectos relacionadas con la información que le proporciona sobre la institución, sobre su enfermedad, su tratamiento y su cuidado, así como la atención que presta al impacto producido por la enfermedad en el paciente y su familia y al conocimiento de las necesidades del paciente sin tener que preguntar.

Otro estudio que se tuvo como referencia fue el realizado por Cabrero Julio y otros, titulado como "Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta" hecho en los tres hospitales de la provincia de Alicante en el año 1992, en donde se utilizó como instrumento la Escala de satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería (LOPSS12), la escala general de satisfacción con la hospitalización (SGEM) y el cuestionario de expectativas de los pacientes (CEP). Los resultados encontrados revelan que las características sociodemográficas influyen en los resultados obtenidos, por ejemplo, a mayor edad mayor grado de satisfacción. En resumen los resultados ponen en manifiesto que los pacientes están entre moderada y altamente satisfechos. Los autores consideran que los instrumentos utilizados reúnen los estándares adecuados de fiabilidad y validez y por ende recomiendan su utilización en futuras investigaciones para la medición de la satisfacción del paciente.

En el año 2003, el estudio realizado por Glenda Martínez y Matilde Pérez en Bogotá sobre el nivel de satisfacción relacionado con el cuidado de enfermería percibido por las pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia de dos hospitales de tercer nivel de atención en salud, utilizó la escala CARE-Q. Estos fueron evaluados de 4 a 1, correspondiendo a excelente, bueno, regular y malo. Este estudio permitió conocer que de las seis categorías que evalúa el CARE-Q, cuatro de ellas confort, mantiene relación de confianza, se anticipa y monitorea y hace seguimiento, obtuvieron un nivel de satisfacción alto de acuerdo a los resultados obtenidos³⁵.

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de estudio

Esta investigación es un estudio descriptivo transversal. Es descriptivo porque narra un evento específico que es el nivel de satisfacción del paciente frente a la atención de enfermería y transversal porque se realizó en un periodo de tiempo determinado (septiembre-octubre de 2008) en una institución de cuarto nivel de atención en salud, en Bogotá. La recolección de los datos se hizo en el Hospital Universitario de San Ignacio en el servicio de urgencias.

Para este estudio se utilizó el instrumento de recolección de datos "CARE_Q" creado por la enfermera Patricia Larson en el 1998.

³⁵ MARTINEZ Glenda, Pérez Matilde. Nivel de satisfacción con relación al cuidado de enfermería percibido por las pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia de dos hospitales de tercer nivel de atención en Bogotá. 2003

7.2. Población y muestra

Población de referencia:

Son los pacientes que permanecían en observación en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario de San Ignacio, durante Septiembre-octubre de 2008.

Muestra: La muestra fue seleccionada al azar con base el ingreso diario de pacientes al servicio de observación hasta completar un total de 40 pacientes, a quienes se les aplicó el instrumento una vez fueron dados de alta. Para calcular el tamaño de la muestra se tiene en cuenta la teoría de límite central en donde se determina que si se obtiene una muestra de una población normal, entonces la media muestral tiene una distribución normal sin importar el tamaño de la muestra, la distribución de muestreo de X se aproximará a una distribución normal conforme n aumente. En muchos casos, puede concluirse en forma segura que la aproximación será buena mientras $n > 30$ ³⁶.

7.3. Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de edad que se encontraban en observación en el servicio de urgencias con una permanencia mayor de veinticuatro (horas).
- Pacientes que física y mentalmente pudieron dar su consentimiento informado verbal y pudieron responder las preguntas del cuestionario.

7.4. Criterios de exclusión:

- Pacientes que tenían un tiempo de permanencia dentro del servicio de observación por un tiempo inferior a ocho horas.
- Pacientes con alteración del estado de conciencia (Glasgow menor de 15/15)
- Pacientes bajo efectos de sedación
- Pacientes que voluntariamente decidieron no participar en el estudio.
- Pacientes con trastornos del lenguaje.
- Pacientes a quienes su estado de salud les impidió responder el cuestionario.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que estaban en el servicio de urgencias pero que permanecían en otra dependencia diferente a la de observación.

³⁶ Teorema de límite central. Disponible en

<http://www.itchihuahuauii.edu.mx/academico/CB/MEG/documentos/1.4.htm>

7.5. Instrumento

El instrumento que fue utilizado es el cuestionario CARE Q, o escala de satisfacción del cuidado, el cual fue diseñado por la enfermera Patricia Larson, para determinar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos. Esta escala fue validada en su versión en español por estudiantes de la universidad del Bosque, para la población Colombiana en Abril del 2008, con indicadores de validez y confianza del 0.88%³⁷.

❖ Variable Dependiente:

Nivel de Satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de Urgencias frente a la Atención de Enfermería.

❖ Categorías de la variable:

Está integrada por 46 preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera:

- Accesibilidad (5 preguntas): Se refiere a la oportunidad que tienen los pacientes de recibir los cuidados dados por el personal de enfermería de forma oportuna.
- Explica y facilita (5 preguntas): Hace referencia a las actividades que realiza el personal de enfermería para dar a conocer aspectos que para el paciente son desconocidos o difíciles de entender relacionados con su enfermedad, tratamiento o recuperación, brindándole la información requerida en forma clara, haciendo fácil o posible la ejecución de los cuidados para su bienestar o recuperación.
- Conforta (9 preguntas): son los cuidados que ofrece el personal de enfermería cuyo fin es brindar comodidad y confort al paciente que se encuentra en el servicio de urgencias.
- Se anticipa (10 preguntas): Se refiere a la planeación que hacen las enfermeras y enfermeros con antelación, en base a las necesidades del paciente con el fin de prevenir complicaciones.
- Mantiene relación de confianza (9 preguntas): Son las acciones que ofrecen el personal de enfermería para tener una buena relación con el paciente, ofreciendo cercanía, seguridad y respeto.
- Monitorea y hace seguimiento (8 preguntas): Es la supervisión que hace el personal de enfermería a sus pacientes para garantizar la calidad del

³⁷ CARDENAS, Lilibian y otros. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. Abril, 2008. Gloria Sepúlveda, asesora.

cuidado, teniendo en cuenta que debe conocer a cada paciente, tener un dominio de lo científico-técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación. Esto Incluye las actividades que se hacen para enseñar a su grupo de enfermería la forma como se deben realizar dichos procedimientos, observando y valorando que todo se haga bien y a tiempo.

La medición del cuestionario consta de cuatro valores:

1. Nunca
2. A veces
3. Casi siempre
4. Siempre

Para establecer el nivel de satisfacción se tuvieron en cuenta los siguientes valores:

Tabla 3. Categorías escala CARE-Q

CATEGORIAS CARE-Q	No Preguntas	Valor Max	V. Inicial	Bajo	Medio	Alto
ACCESIBILIDAD	5	20	5,00	10,00	15,00	20,00
EXPLICA Y FACILITA	5	20	5,00	10,00	15,00	20,00
CONFORTA	9	36	9,00	18,00	27,00	36,00
SE ANTICIPA	10	40	10,00	20,00	30,00	40,00
MANTIENE RELACION DE CONFIANZA	9	36	9,00	18,00	27,00	36,00
MONITOREA Y HACE SEGUIMIENTO	8	32	8,00	16,00	24,00	32,00
	46	184	46,00	92,00	138,00	184,00

Cada categoría tiene un determinado número de preguntas y cada una de ellas tiene cuatro posibles respuestas. El valor mínimo que puede obtener cada respuesta es 1 y el valor máximo es de 4, de acuerdo a los valores que se asignan a cada respuesta como se muestra antes de la tabla. Se hizo un balance entre el valor total de las respuestas de cada categoría si a cada una de ellas un solo paciente contestara 1 o nunca y el valor total de las respuestas si un solo paciente contestara 4 o siempre. Una vez establecidos estos valores se dividen en tres, entre el valor mínimo y el valor máximo para determinar el nivel bajo, el medio y el alto como se muestra en la tabla. Para determinar el valor de cada categoría se suman el total de las respuestas de cada uno de los ítems que evalúan la categoría y se multiplican por el valor asignado a cada una. Finalmente de acuerdo al nivel de satisfacción que cada paciente haya obtenido en cada uno de los ítems, se tabulan en la matriz de Excel para determinar en cual nivel de satisfacción se encuentran. Ejemplo:

Accesibilidad:

Numero de ítems: 5

Valor mínimo si a las cinco preguntas un paciente contestara 1: 5

Valor máximo si a las cinco preguntas un paciente contestara 4: 20

El rango mínimo es de 5 y el rango máximo es de 20.

Se divide en tres entre el valor mínimo y el valor máximo y se determina cual es el nivel bajo, medio y alto.

Se tabula cuantos pacientes están en cada nivel y finalmente se hace la grafica con los resultados.

Adicionalmente se hizo una matriz en Excel para tabular los datos de cada pregunta y de cada paciente. En sentido horizontal se encuentran cada una de las preguntas con las cuatro posibles opciones de respuesta, de igual forma se encuentra la tabulación para las características sociodemográficas (Edad, género y nivel de escolaridad) y la tabulación para cada categoría. En sentido vertical se encuentra la relación de los 40 cuestionarios aplicados y las respuestas que dio cada paciente a cada una de las preguntas.

Una vez clasificadas las respuestas de cada categoría, se sumaron cuantos pacientes tuvieron un nivel bajo, cuantas un nivel medio y cuantas un nivel alto y posteriormente se hizo la gráfica con los resultados finales.

7.6. Procedimiento para la recolección de la muestra

Inicialmente se informó a los miembros del Comité de ética del Hospital San Ignacio sobre el estudio que se iba a realizar con el propósito de recibir autorización para desarrollar el mismo. Posteriormente se explicó a los pacientes en qué consistía la presente investigación y se aplicó el cuestionario a quienes voluntariamente decidieron participar en el estudio y cumplieron con los criterios de inclusión. Dicho cuestionario fue aplicado a pacientes que se encontraban en observación en el servicio de urgencias con una permanencia mayor de 24 horas, una vez fueron dados de alta. Dado que no se tenía la certeza de que en un solo día se lograra aplicar el instrumento a la población existente, se realizaron varias visitas al servicio mencionado, en diferentes días del mes de septiembre-octubre de 2008, durante los turnos de la mañana, la tarde y las dos noches respectivamente, hasta completar el total de cuestionarios propuestos inicialmente, para garantizar que el tamaño de la muestra no afectara los resultados y por lo tanto fueran significativos.

8. ASPECTOS ÈTICOS

Para el desarrollo de este trabajo se tuvieron en cuenta los principios èticos pertinentes para estudio, se hizo ènfasis respecto a la autonomía, privacidad y beneficencia. Para ello se hizo lo siguiente:

- Solicitar aprobaci3n por parte de los directivos de la instituci3n, con el compromiso de retroalimentarla con los resultados.
- Los pacientes que decidieron participar en el estudio, tomaron la decisi3n en forma voluntaria, y dieron su autorizaci3n verbal.
- Se respet3 la decisi3n de los pacientes que decidieron no participar; y de igual forma se les informo que el hecho de no participar no afectarí su atenci3n.
- La informaci3n obtenida fue utilizada únicamente para el estudio.
- Los nombres de los participantes y la informaci3n obtenida, se utilizaron en forma confidencial y con fines netamente acadèmicos
- El costo-beneficio que se analiz3 para esta investigaci3n fue presentado ante las directivas del Comit3 de Ètica de la Instituci3n.
- Se dio el criterio correspondiente a los autores de los estudios citados.
- La escala Care-Q validada en su versi3n en español se utiliz3 con previo consentimiento y autorizaci3n de sus autoras y con el compromiso explícito de retroalimentar su investigaci3n en el área con los resultados del presente estudio.

9. PRESENTACI3N Y ANALISIS DE RESULTADOS

A continuaci3n se presentan los resultados obtenidos despu3s de aplicar el cuestionario CARE-Q a los cuarenta (40) pacientes del servicio de Urgencias en una Instituci3n de Cuarto Nivel de Atenci3n en Salud en Bogotá, durante septiembre-octubre del año en curso. Inicialmente se hizo una matriz en Excel para la tabulaci3n de los datos obtenidos con la aplicaci3n del cuestionario, luego se elaboraron las tablas y gráficos para ilustrar las características socio demográficas y cada una de las categorías del CARE-Q. Finalmente se presenta el análisis de acuerdo a los resultados obtenidos.

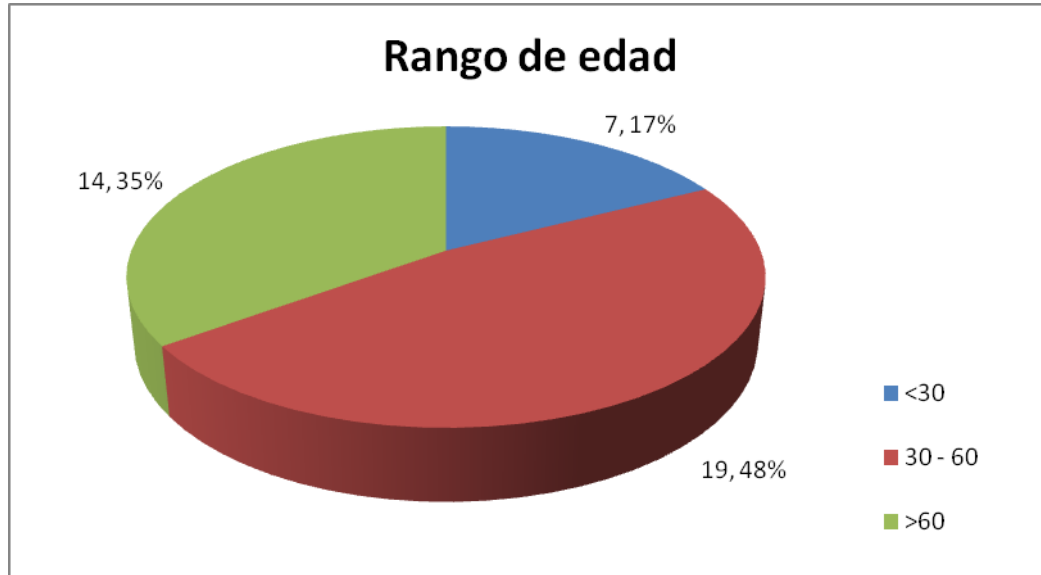
1. Características sociodemográficas de los pacientes que contestaron la encuesta

- Edad

Tabla 4. Distribución de pacientes según la edad

Edad	Número	%
< 30 años	7	17
30 a 60 años	19	48
>60 años	14	35

Gráfico 1. Distribución de pacientes según la edad



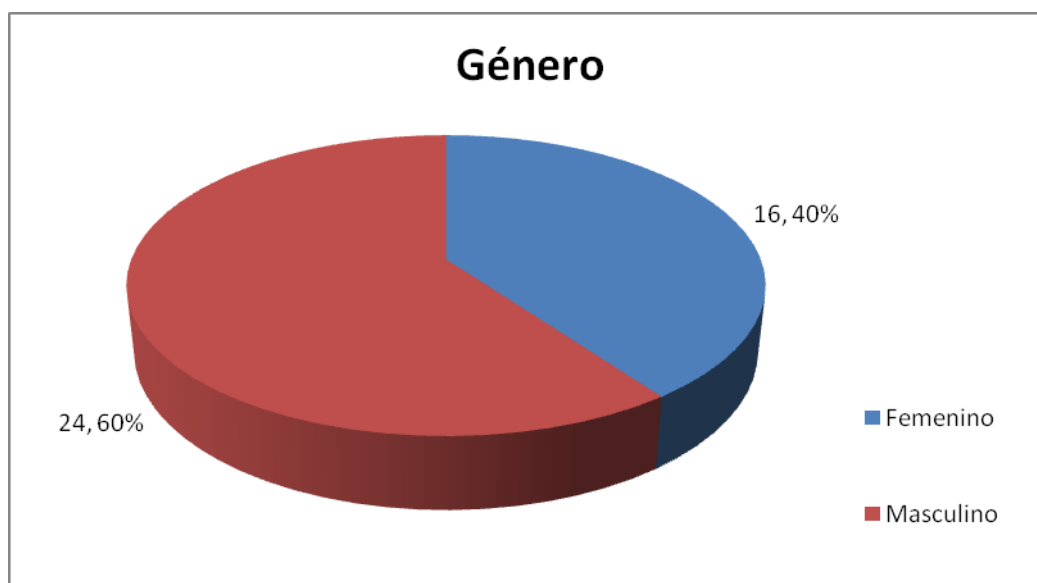
El rango de edad de los pacientes encuestados en el servicio de urgencias del Hospital oscila principalmente entre los 30 a 60 años de edad con un 48%, seguido de pacientes mayores de 60 años con un 35% y los menores de 30 años con un 17% respectivamente.

- Género

Tabla 5. Distribución de pacientes según el género

Género	Número	%
Femenino	16	40
Masculino	24	60

Grafico 2. Distribución de pacientes según el género



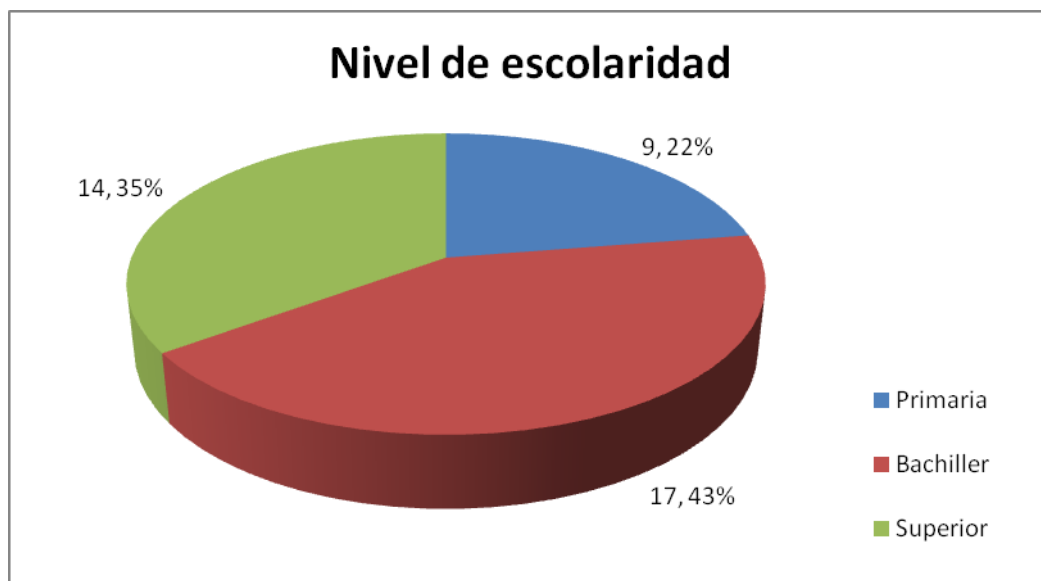
De los cuarenta pacientes encuestados en el servicio de urgencias, 16 son mujeres con un 40% y 24 son hombres con un 60% respectivamente.

- Nivel de Escolaridad

Tabla 6. Distribución de pacientes según el nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	Número	%
Primaria	9	22
Secundaria	17	43
Superior	14	35

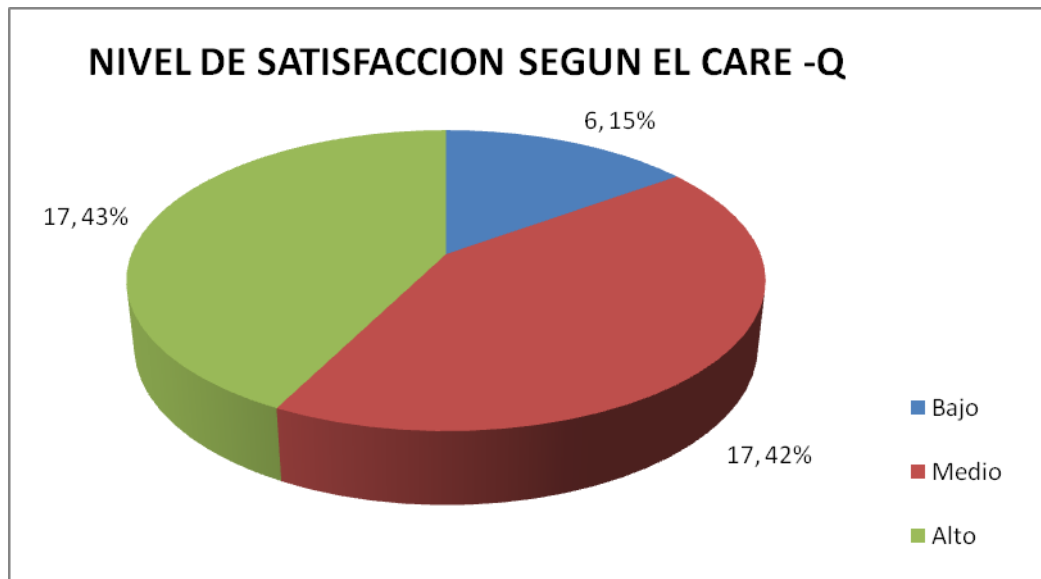
Gráfico 3. Distribución de pacientes según el nivel de escolaridad



Del total de la población encuestada el 43% tienen un nivel de escolaridad secundario, seguidos del 35% con un nivel de escolaridad superior y el 22% restante tienen un nivel de escolaridad primario.

2. Nivel de Satisfacción de los pacientes frente a la atención de Enfermería

Gráfico 4. Nivel de Satisfacción de los pacientes según el cuestionario CARE-Q



En el gráfico anterior se observa que en general el 43% de los pacientes encuestados manifiesta un nivel de satisfacción alto con relación a la atención de enfermería, seguidos del 42% quienes tienen un nivel de satisfacción medio, y el 15% restante consideran que es bajo.

Teniendo en cuenta que la satisfacción es el grado de conformidad que tiene el paciente incluidos aspectos técnicos e interpersonales que le presta el personal de enfermería, se puede decir que la Satisfacción de los pacientes objeto del estudio oscila entre un Nivel medio alto, es decir, que se sienten a gusto con la atención brindada por el personal de enfermería, tanto en la parte asistencial que incluye todas las actividades que planea la enfermera para ofrecer un servicio de salud eficaz y eficiente, como en la parte la parte humana, que incluye un trato digno y respetuoso acorde a las necesidades y expectativas del paciente.

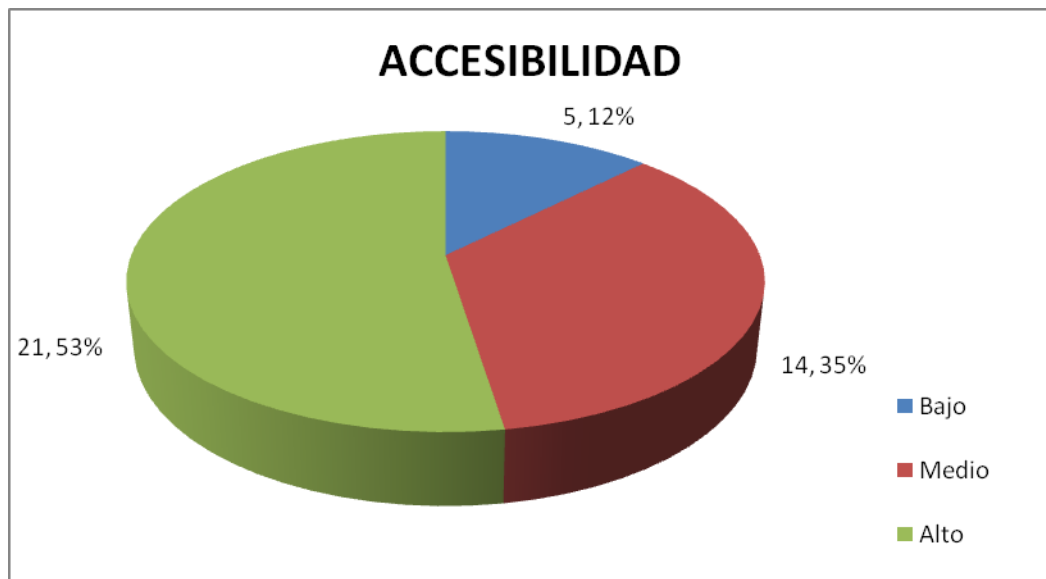
Al igual que en los estudios referenciados para el desarrollo de este trabajo, el nivel de satisfacción manifestado por los pacientes es generalmente alto, el valor de cada categoría varía un poco en los estudios en los que se utilizó el mismo instrumento, podría ser porque fueron realizados en servicios que de una u otra forma no tienen la misma demanda en atención o porque el nivel de complejidad de la institución es inferior.

❖ Accesibilidad

Tabla 7. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la accesibilidad

	1	2	3	4
1 La enfermera se aproxima a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos.	5	9	10	16
2 La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo.	0	7	9	24
3 La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud.	6	7	9	18
4 La enfermera responde rápidamente a su llamado.	3	9	9	19
5 La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal.	10	3	8	19

Gráfico 5. Nivel de Satisfacción de los pacientes según la accesibilidad



En cuanto a la accesibilidad el 53% de los pacientes encuestados manifiestan un nivel de satisfacción alto, el 35% un Nivel de Satisfacción medio, y el 12% un Nivel de Satisfacción bajo.

La mayoría de personas encuestadas piensan que la enfermera se aproxima para administrar los medicamentos a tiempo, al igual realiza los procedimientos, dando el resultado más amplio de accesibilidad con el ítem 2

“La enfermera le da los medicamentos y realiza los procedimientos a tiempo”. La administración de medicamentos es una de las actividades exclusivas que realiza enfermería y que se debe tener en cuenta para medir el nivel de satisfacción de los pacientes, por ello es fundamental saber cuál es la opinión de los pacientes frente a la administración de medicamentos.

Llama la atención que en el ítem 5 “La enfermera le pide que la llame si usted se siente mal”. 19 personas dijeron que siempre lo hacía y 10 personas que nunca la enfermera da esta sugerencia. La enfermera es el principal agente de comunicación entre el equipo de salud y los pacientes y las familias por ello debe estar en constante comunicación y pedir que el paciente identifique cualquier sensación de malestar para comunicarla al equipo de salud y así garantizar una atención con calidad.

En el ítem 4 la enfermera responde rápidamente al llamado, 19 personas dijeron que siempre y 9 personas dijeron que casi siempre, en contraposición con 3 personas que dijeron que nunca la enfermera acude rápidamente al llamado.

Sin embargo, se entiende que la responsabilidad de la enfermera es el cuidado y por ello debe estar muy atenta al llamado de los pacientes para hacer un seguimiento estricto a la condición del paciente y ofrecer las condiciones necesarias para que este pueda comunicarse y expresar como se siente.

Comparado con los estudios tenidos en cuenta en el desarrollo de esta investigación, y que utilizaron el mismo instrumento de medición, el nivel de satisfacción en cuanto a accesibilidad en bueno, aún en los estudios que utilizan otras escalas de medición, es resultado varia muy poco.

❖ Explica y Facilita

Tabla 8. Nivel de Satisfacción de los pacientes según explica y facilita

	1	2	3	4
6. La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad.	18	6	4	12
7. La enfermera le da información clara y precisa sobre su situación de salud.	13	12	2	13
8. La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo.	17	5	5	13
9. La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite.	26	2	3	9

10. La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica.	13	6	4	17
--	----	---	---	----

Gráfico 6. Nivel de Satisfacción de los pacientes según explica y facilita



En cuanto a la categoría explica y facilita el 45% de los pacientes encuestados manifiestan un nivel de satisfacción bajo, el 30% tienen un Nivel de Satisfacción medio, y el 25% tienen un Nivel de Satisfacción alto.

En cuanto a explica y facilita se observa que los pacientes tienen un nivel de satisfacción bajo, los puntajes más relevantes se presentan en el ítem 9 “La enfermera le sugiere preguntas que usted puede formularle a su doctor cuando lo necesite; en donde 26 pacientes indican que nunca se hace esta sugerencia, seguido por el ítem 6 La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad con 18 personas que indicaron nunca haber recibido esta información y el ítem 8 La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo con 17 personas que dijeron que nunca se hace esta recomendación. En el ítem 10 La enfermera es honesta con usted en cuanto a su condición médica se observa que 17 personas sienten que la enfermera siempre es honesta. En el ítem 8 La enfermera le enseña cómo cuidarse a usted mismo, 17 personas indican que nunca reciben esta indicación en contraste con 13 personas que dijeron que siempre le enseñan cuidados para actuar en casa dependiendo de la patología que estén presentando.

El diálogo es fuente principal para conocer al paciente y dar continuidad al tratamiento, para realizar un buen diagnóstico de enfermería y así hacer que el

tratamiento se haga dentro de las normas de calidad, que en tema base para la atención de pacientes en la actualidad.

El informar sobre la evolución de la patología de paciente y enseñar sobre cuidados en casa a los pacientes asegura satisfacción para los pacientes y evita hospitalizaciones innecesarias.

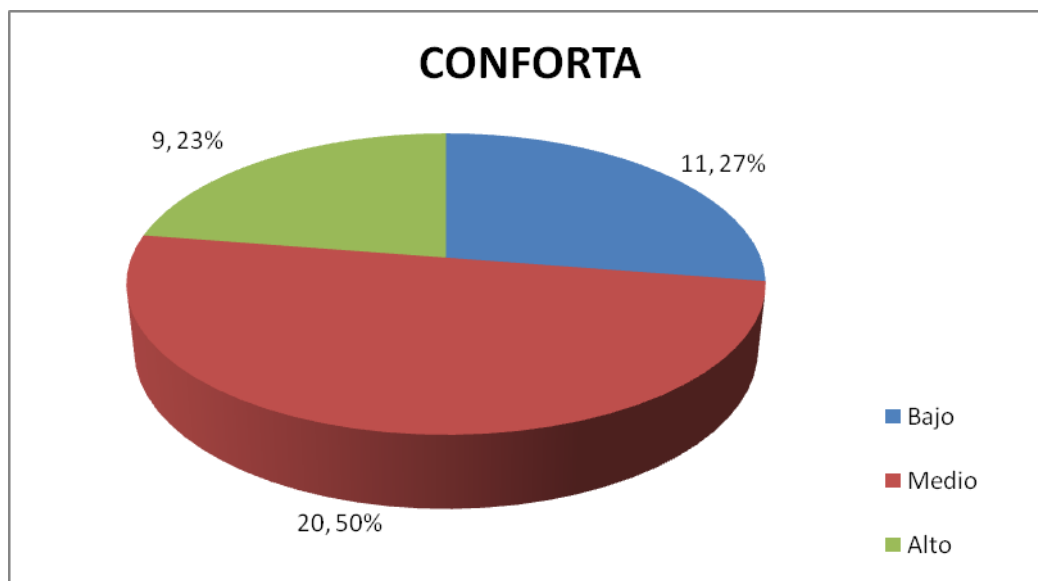
En comparación con los otros estudios en esta categoría se obtiene el nivel de satisfacción más bajo reiterando de esta forma, que las otras investigaciones coinciden en que el equipo de enfermería tiene falencias en cuanto los cuidados que ofrece la enfermera para dar a conocer aspectos que para el usuario y su familia son desconocidos o difíciles de entender

❖ Conforta

Tabla 9. Nivel de Satisfacción de los pacientes según Conforta

	1	2	3	4
11. La enfermera se esfuerza para que usted pueda descansar cómodamente.	8	5	9	18
12. La enfermera lo motiva a identificar los elementos positivos de su tratamiento.	13	7	6	14
13. La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles.	1	7	8	24
14. La enfermera es alegre.	3	9	8	20
15. La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación.	27	8	3	2
16. La enfermera establece contacto físico cuando usted necesita consuelo.	21	7	5	7
17. La enfermera lo escucha con atención.	8	7	7	18
18. La enfermera habla con usted amablemente.	3	4	7	26
19. La enfermera involucra a su familia en su cuidado.	23	5	7	5

Gráfico 7. Nivel de Satisfacción de los pacientes según Conforta



En cuanto a la categoría confort el 50% de los pacientes encuestados manifiestan un nivel de satisfacción medio, el 27% tienen un nivel de satisfacción bajo, y el 23% tienen un Nivel de Satisfacción alto.

En confort se presentaron datos muy interesantes, ya que la satisfacción fue del 50% de las personas entrevistadas, sin embargo en el ítem 9 “La enfermera se sienta con usted para entablar una conversación”. 15 personas dijeron que nunca hubo una conversación, en el ítem 19 La enfermera involucra a su familia en su cuidado 23 personas dijeron que nunca se involucraba a la familia, en el ítem 13 “La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles” 24 personas dijeron que siempre era alegre a pesar de las situaciones que se estuvieran presentando en el momento, 26 personas afirmaron que siempre la enfermera les habló amablemente, 18 personas opinaron que la enfermera se esfuerza para que el paciente descanse cómodamente y a demás este mismo número de personas consideran que siempre los escuchan con atención.

Se sigue observando es este marcador que la comunicación se hace difícil por el número de pacientes que se encuentran en urgencias: mencionan los pacientes y familiares de pacientes entrevistados. Ellos indican que las enfermeras y enfermeros son amables y hacen lo posible por brindar una atención adecuada, sin embargo tiene muchas actividades que ejecutar por la cantidad de personas que consultan a la institución.

Sin embargo, se ofrece confort y en situaciones difíciles la mayoría de pacientes se sintió adecuadamente atendido por las enfermeras y enfermeros. Siendo una labor inherente a enfermería.

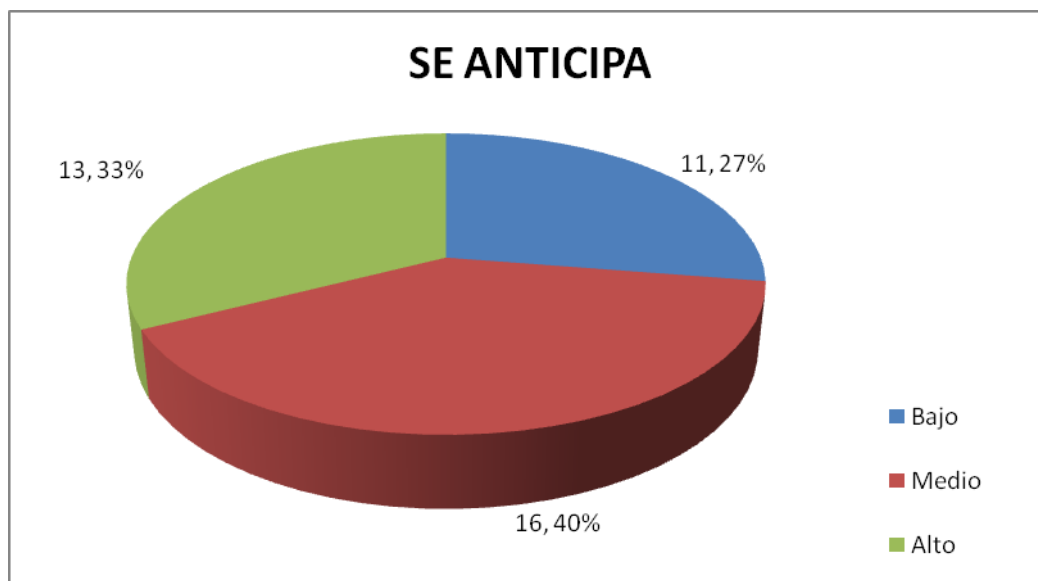
En esta investigación al igual que los estudios que se tienen de referencia evidencian que el equipo de enfermería participa activamente en la recuperación del paciente ofreciéndole cuidados que le permitan sentirse cómodo en el entorno en el que se encuentra.

❖ Se anticipa

Tabla 10. Nivel de Satisfacción de los pacientes según se anticipa

	1	2	3	3
20. La enfermera le presta mayor atención a usted en las horas de la noche.	11	9	9	11
21. La enfermera busca la oportunidad más adecuada para hablar con usted y su familia sobre su situación de salud.	25	2	6	7
22. Cuando se siente agobiado por su enfermedad la enfermera acuerda con usted un nuevo plan de intervención.	20	4	9	7
23. La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud.	10	2	6	22
24. La enfermera comprende que esta experiencia es difícil para usted y le presta especial atención durante este tiempo.	9	6	6	19
25. Cuando la enfermera esta con usted realizándole algún procedimiento se concentra única y exclusivamente en usted.	4	8	8	20
26. La enfermera continúa interesada en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica.	6	7	14	13
27. La enfermera le ayuda a establecer metas razonables.	14	7	6	13
28. La enfermera busca la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios en su situación de salud.	19	3	10	8
29. La enfermera concilia con usted antes de iniciar un procedimiento o intervención.	7	4	8	21

Gráfico 8. Nivel de Satisfacción de los pacientes según se Anticipa



En cuanto a la categoría se anticipa el 40% de los pacientes encuestados manifiestan un nivel de satisfacción medio, el 33% tienen un Nivel de Satisfacción alto y el 27% tienen un Nivel de Satisfacción bajo.

Los resultados de este estudio revelan que el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la atención de enfermería con relación a las actividades que se planean con antelación, en base a las necesidades del paciente y con el fin de prevenir complicaciones, es satisfactorio. En esta categoría se observa que el ítem que contempla las premisas que hace la enfermera con el fin de prevenir alteraciones en el estado de salud influye positivamente, ya que parte del cuidado de enfermería implica evaluar las necesidades de los pacientes con el fin de brindar un cuidado eficaz y oportuno que responda a una necesidad de salud o por lo menos que se disminuyan los riesgos para la salud del paciente.

Llama la atención porque, aun cuando se tiene el concepto de que la enfermera es el principal canal de comunicación del paciente con todo el equipo de salud, más de la mitad de los pacientes encuestados manifestaron que el personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias de la institución descrita nunca dedican un tiempo prudente para aclarar sus dudas, con relación a su situación de salud, como tampoco tienen en cuenta la opinión del paciente en cuanto al tratamiento que están recibiendo, siendo este el ítem que obtuvo la mayor puntuación negativa.

Teniendo en cuenta que la atención de urgencia es la atención inicial que se brinda al paciente de forma inmediata y rápida, que de no ser así podría influir positiva o negativamente en el pronóstico y hasta el punto de llegar comprometer la vida del paciente, es importante que la enfermera este en la

capacidad de ofrecer una atención oportuna en base a las necesidades del paciente y para que esto sea posible, se hace necesario que la enfermera prevea con antelación la forma correcta de dar respuesta a este tipo de demandas a las que a diario se ve enfrentada por el hecho de laborar dentro de un servicio de urgencias, y debe tener muy claro que cada paciente se diferencia de los otros, y por ende debe brindar un cuidado individual teniendo en cuenta la opinión de cada uno de ellos.

El subsistema de atención de urgencia en la atención primaria de salud está constituido por la atención inmediata, próxima y regionalizada al paciente, ya que ésta incluye procedimientos que de no realizarse con la rapidez y calidad necesarias influirían en el pronóstico, y pueden comprometer la vida del paciente. Si se parte de la conceptualización de la atención de este departamento, se debe trabajar para generalizar la atención inmediata del paciente que acude a esta área, pues se supone que son realmente urgencias, aunque en la actualidad no se está comportando de esta manera.

Al igual que los estudios que se tienen como referencia, esta investigación demuestra que la enfermera debe ser más eficaz en la planeación que debe hacer con anterioridad teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes con el fin de prevenir complicaciones.

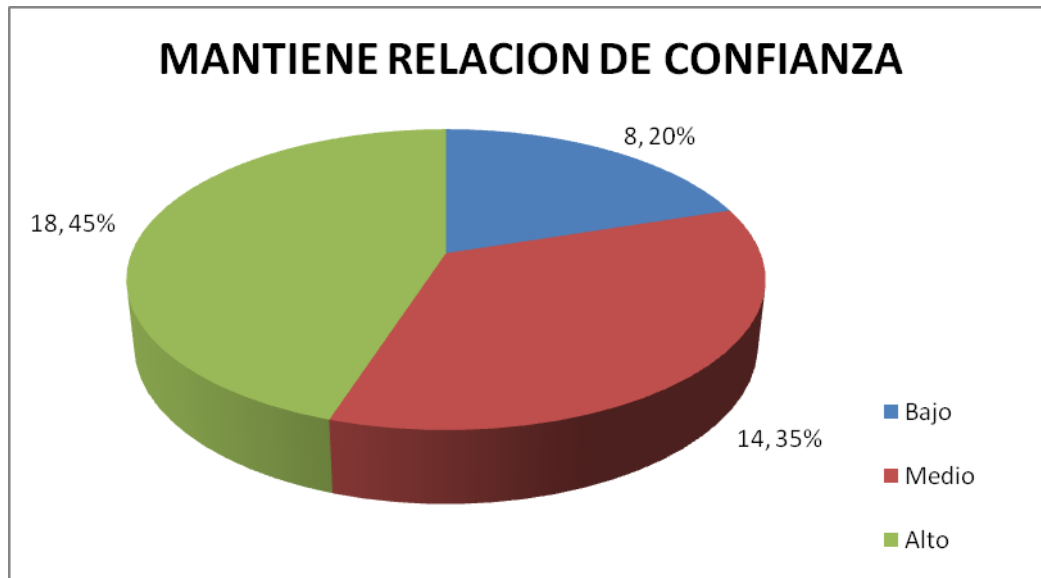
❖ Mantiene Relación de Confianza

Tabla 11. Nivel de Satisfacción de los pacientes según Mantiene Relación de Confianza

	1	2	3	4
30. La enfermera le ayuda a aclarar sus dudas en relación a su situación.	14	6	5	15
31. La enfermera acepta que es usted quien mejor se conoce, y lo incluye siempre que es posible en la planificación y manejo de su cuidado.	12	5	9	14
32. La enfermera lo anima para que le formule preguntas de su médico relacionadas con su situación de salud.	20	5	6	9
33. La enfermera lo pone a usted en primer lugar, sin importar que pasa a su alrededor.	22	6	6	6
34. La enfermera es amistosa y agradable con sus familiares y allegados.	5	6	7	22
35. La enfermera le permite expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento.	9	8	7	16
36. La enfermera mantiene un acercamiento respetuoso con usted.	0	3	6	31
37. La enfermera lo identifica y lo trata como una persona individual.	4	2	5	29

38. La enfermera se identifica y se presenta ante usted.	11	4	6	19
--	----	---	---	----

Gráfico 9. Nivel de Satisfacción de los pacientes según Mantiene Relación de Confianza



En cuanto a la categoría Mantiene Relación de Confianza el 45% de los pacientes encuestados manifiestan un Nivel de Satisfacción alto, el 35% tienen un Nivel de Satisfacción medio y el 20% tienen un Nivel de Satisfacción bajo.

Los datos evidenciaron que la mayoría de los participantes manifestaron satisfacción con relación a las acciones que tiene el personal de enfermería para tener una buena relación con el paciente, ofreciendo cercanía, seguridad y respeto.

Otro aspecto importante que merece ser resaltado, se refiere al acercamiento respetuoso que tienen las enfermeras hacia los pacientes, ítem que obtuvo la mayor puntuación positiva con relación a los demás.

Un paciente que es acogido en un ambiente amistoso donde siente que es bienvenido, que se valora como ser humano, donde se le permite expresar con libertad sus temores e inquietudes con respecto al tratamiento, sin duda alguna, es un paciente que acepta con mayor facilidad el tratamiento y tiene en cuenta las recomendaciones sugeridas por el profesional de enfermería.

Un trato amistoso, crea un ambiente de confianza en lugar de miedo, pero si por el contrario no se dan estas condiciones, se crea en el paciente una respuesta negativa que con frecuencia crea en el profesional de enfermería una actitud negativa, y por ende interfiere en la atención que se da al paciente.

Un factor que motiva al paciente es percibir una actitud de respeto y valoración hacia él, donde el profesional se interese, no sólo por realizar el tratamiento, sino también por conocer sus preocupaciones, disminuir su ansiedad y ofrecer una atención que respete las condiciones actuales de cada paciente.

Nuevamente llama la atención que el grupo de enfermería tiene falencias en la comunicación con el paciente y su familia. Comentarios como “Hay muy pocas enfermeras para atender tantos pacientes” o “Una enfermera no le puede dedicar un tiempo especial a cada paciente cuando está lleno”, demuestran que la sobrecarga laboral limita que el personal de enfermería dedique más tiempo a cada paciente, por lo tanto, esto interfiere notablemente en la percepción del paciente frente a la atención de enfermería.

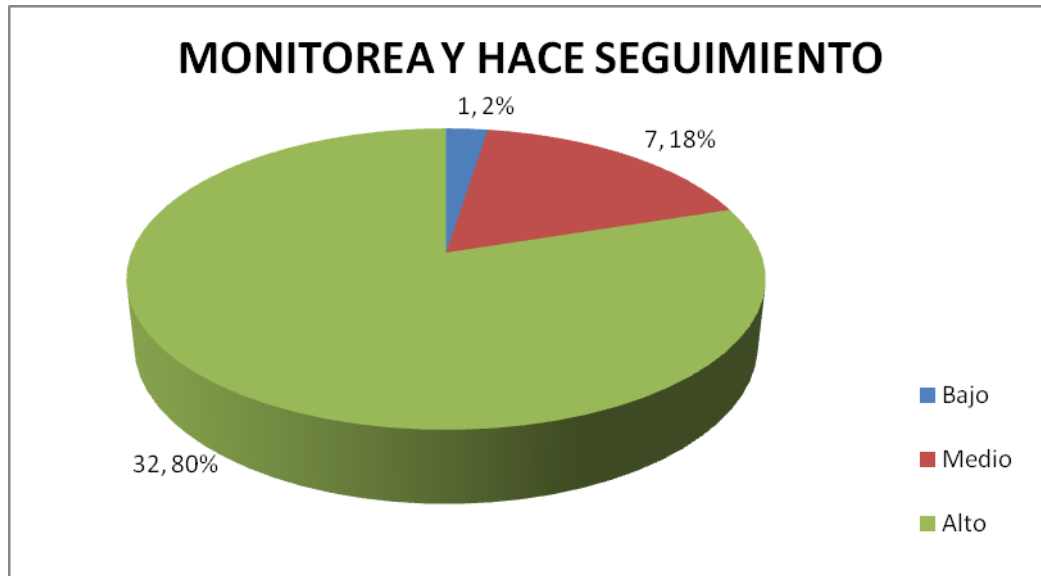
Tanto en este estudio como en cada una de las investigaciones referenciadas se destaca el equipo de enfermería por brindar cuidados que generan en el paciente empatía, haciéndoles sentir confianza y seguridad.

❖ Monitorea y hace seguimiento

Tabla 12. Nivel de Satisfacción de los pacientes según Monitorea y hace seguimiento

	1	2	3	4
39. El uniforme y carné que porta la enfermera la caracteriza como tal.	1	1	3	35
40. La enfermera se asegura de la hora establecida para los procedimientos especiales y verifica su cumplimiento.	4	7	6	23
41. La enfermera es organizada en la realización de su trabajo.	1	1	4	34
42. La enfermera realiza los procedimientos con seguridad.	0	2	4	34
43. La enfermera es calmada.	0	5	5	30
44. La enfermera le proporciona buen cuidado físico.	2	3	4	31
45. La enfermera se asegura que sus familiares y allegados sepan cómo cuidarlo a usted.	13	6	8	13
46. La enfermera identifica cuando es necesario llamar al médico.	8	7	6	19

Gráfico 10. Nivel de Satisfacción de los pacientes según Monitorea y hace seguimiento



En cuanto a la categoría Monitorea y hace Seguimiento el 80% de los pacientes encuestados manifiestan un Nivel de Satisfacción alto, el 18% tienen un Nivel de Satisfacción medio y el 2% tienen un Nivel de Satisfacción bajo.

Indudablemente, es una de las categorías que refleja el Nivel de Satisfacción más alto frente a la atención de enfermería. Los pacientes reconocen la labor que desempeña el personal de enfermería, hay una puntuación alta en cuanto a la forma como la enfermera brinda el cuidado como tal, el profesionalismo que demuestran cuando realizan cualquier procedimiento le genera al paciente respeto y seguridad. El porte del carnet y el uso de uniforme "blanco", que durante años ha sido simbólico para todas las enfermeras dentro de las Instituciones de Salud, hacen que se identifique y diferencie de los demás miembros del equipo de salud.

En general se puede concluir que el personal de enfermería del servicio de urgencias del hospital San Ignacio, tiene muy buena acogida por parte de los pacientes, dado el profesionalismo con el que se desempeñan.

Comparando los resultados con dos de los estudios referenciados en este trabajo, se observa que hay similitud en cuanto a que en esta categoría el nivel de satisfacción es alto.

Es evidente que en esta categoría los estudios de referencia coinciden con esta investigación, porque en ellos se demuestra que es la categoría con el más alto nivel de satisfacción, esto quiere decir, que el equipo de enfermería brinda sus

cuidados con previo conocimiento de cada usuario, tiene un dominio de lo científico-técnico y de los procedimientos que realiza.

10. CONCLUSIONES

Después de hacer el análisis de los datos obtenidos y teniendo en cuenta que el objetivo del estudio es determinar el Nivel de Satisfacción de los pacientes que asistieron al Servicio de Urgencias en una Institución de Cuarto Nivel de Atención en Salud, durante Septiembre-octubre de 2008, podemos concluir que la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio, manifiestan sentirse a gusto con la atención de enfermería, en términos de accesibilidad, Explica y facilita, Conforta, se Anticipa, Mantiene Relación de Confianza y Monitorea y Hace Seguimiento.

Con relación a las características socio-demográficas se determino que dentro de la población estudiada predomina el género masculino sobre el género femenino, con edades que oscilan principalmente entre los 30 a 60 años y un nivel de escolaridad secundario en la mayoría de los participantes.

El análisis individual de las categorías que comprende el Cuestionario CARE-Q (accesibilidad, Explica y facilita, Conforta, se Anticipa, Mantiene Relación de Confianza y Monitorea y Hace Seguimiento), expresa que la categoría Monitorea y hace seguimiento obtiene el mayor Nivel de satisfacción frente al Cuidado de Enfermería con un 80% y en contraposición se encuentra la categoría Explica y Facilita, la cual obtuvo el nivel de Satisfacción mas bajo con un 45 %.

De acuerdo al cuestionario CARE-Q, la principal falencia del personal de enfermería que labora en el servicio de urgencias es la falta de información hacia el paciente y su familia, con relación a su situación de salud.

En tres de los cuestionarios diligenciados por los pacientes, se evidencia que en general la atención de Enfermería es buena, pero que el volumen de pacientes es tan alto que limita ofrecer a los usuarios una atención más rápida.

La literatura revisada y los hallazgos del estudio sustentan que el cuidado de enfermería es el conjunto de intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades del paciente, contemplándolo como un ser biosicosocial y espiritual.

El nivel de satisfacción con el cuidado de enfermería en los pacientes que asisten al servicio de urgencias se puede evaluar mediante el cuestionario CARE-Q,

Los estudios realizados sobre el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería permiten iniciar otros hacia la evaluación de la calidad del cuidado.

La mayoría de los pacientes y familiares reconocen la labor que a diario desempeña el personal de Enfermería y manifiestan su agradecimiento a nivel general.

12. RECOMENDACIONES

Basadas en el análisis del trabajo podemos sugerir las siguientes recomendaciones:

- ✓ Tomar como referencia la presente investigación como base para realizar otros estudios en busca herramientas que permitan mejorar la atención de Enfermería y de esta forma contribuir al bienestar de los pacientes que consultan los servicios de urgencias.
- ✓ Realizar estudios continuos a los pacientes que consultan el servicio de urgencias, sobre la atención ofrecida por parte del personal de Enfermería con el fin de evaluar su desempeño.
- ✓ Incentivar a todo el personal de Enfermería que labora en los servicios de Urgencias a ofrecer una atención oportuna, ágil y con calidad, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del paciente y sus familiares.
- ✓ El concepto "calidad" en el sentido de "hacer las cosas bien, o lo mejor posible" no es nuevo; sin embargo hoy en día la calidad, no se basa en la premisa de la simple mejora de los productos o servicios que se brindan, sino en la adecuación de éstos a las necesidades del paciente. Hablamos entonces del equilibrio que debe haber entre las necesidades del paciente y los servicios ofrecidos, por lo que es necesario desarrollar programas de mejoramiento de los cuidados de enfermería que contemplen el conocimiento del problema, los recursos disponibles y la medida en que las necesidades del paciente son cubiertas. En este sentido, evaluar la satisfacción de los pacientes en cuanto a los cuidados recibidos y la educación continua del personal se convierte en estrategia válida para asegurar el cumplimiento de objetivos de calidad.

- ✓ Como sugerencias al personal de Enfermería los pacientes manifiestan que deben ser más abiertas al dialogo, debido a que para ellos es importante que haya una buena comunicación entre las dos partes, siendo enfermería el canal principal de comunicación dentro de la Institución.

BIBLIOGRAFIA

ALZATE Posada, Martha Lucía. Gerencia en el cuidado de enfermería. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005429/docs_curso/gerencia_2.htm

ARIZA, Claudia, Enfermera Cardióloga. Docente. Facultad de Enfermería. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario de San Ignacio, julio-agosto del 2001

ARIZA, Claudia. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital Universitario San Ignacio. Julio-agosto de 2001

CABRERO García Julio, MARTÍNEZ Miguel R, RIEG Ferrer Ambilio. Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirrasgo multimetodo reducida.

CABRERO, Julio. Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. Enfermería Clínica. Vol. 5. 1999

CARDENAS, Liliana y otros. Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q para medir la Satisfacción del paciente frente al cuidado de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. Abril, 2008.

CASTELLS, Xavier Comment: use of hospital accident and emergency departments. The importance of users' perspective. Gaceta Sanitaria, 2006, vol.20, n. 2, ISSN 0213-9111.

CHACON, Consuelo y col. El estado del arte del cuidado de enfermería. Santafé de Bogotá. 2000.

CHANG DE LA ROSA, Martha, ALEMAN LAGE, María del Carmen, CANIZARES PEREZ, Mayilée *et al.* **Satisfacción de los pacientes con la atención médica.** *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. sep.-oct. 1999, vol.15, no.5 [citado 05 Mayo 2008], p.541-547. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Decreto 1761 de 1990

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Decreto 412 de 1992

CONSTITUCION PLITICA DE COLOMBIA. Resolución 249 de 1998.

CORBELLA A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1990:397-9.

Decreto 1011 de 2006: Artículo 46°.- OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

DONABEDIAN, A. (2001) The Lichfield lecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor. Revista Calidad Asistencial, 16, 102-106. Madrid

DURAN DE VILLALOBOS, María Mercedes. El Cuidado Pilar fundamental de Enfermería, 1999, pág 17.

HANNU VUORI, revista salud pública de México.
<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001291#autores>

Hospital Universitario de San Ignacio. Urgencias en el HUSI. Disponible en: Unidad de Urgencias. Hospital Universitario San Ignacio. Disponible en: <http://www.husi.org.co/index.php?abrir=261&id=261>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Secretaría General, Madrid. Introducción al concepto y dimensiones de la calidad asistencial: cómo empezar. 1992:123-9

KOZIER, Bárbara y otros. Enfermería Fundamental. Concepto procesos y Prácticas, 1994. México D, pág 32

LARSON, Patricia. Satisfacción del paciente con el cuidado de las enfermeras durante la hospitalización. Western Journal of Nursing Research. 1993.

LLORET, Joseph y otros. Protocolos Terapéuticos de Urgencia, Tercera edición. Barcelona 1997.

LYNN, Mary y col. ¿Qué conocen las enfermeras de lo que piensan sus pacientes que es importante en el cuidado de Enfermería? Journal of Nursing Care Quality. Vol 13. No. 5 1999.

MARTINEZ Glenda, Pérez Matilde. Nivel de satisfacción con relación al cuidado de enfermería percibido por las pacientes hospitalizadas en el servicio de gineco-obstetricia de dos hospitales de tercer nivel de atención en Bogotá. 2003.

MARQUES, Susana. Cuidar con cuidado. Enfermería Clínica. Vol. 5. Número 6. 1999.

MARTINS, Alda. GOMEZ, Consuelo. El Cuidado en la historia de la enfermería.

MELEIS AL. Desarrollo y Progreso de la teoría de enfermería. 3ª ed.
Philadelphia: Lippincott, 1997.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL.. Servicio Nacional de Salud. Circulo externo 1997.pág 4.

MORE Liliana. CODIGO DE ÉTICA Y BUEN GOBIERNO. Hospital san Ignacio. Versión 2. Enero 22/2008. Pág. 4.

RODRIGUEZ Ospina, Sarah. Sistema de Garantía de Calidad para los Servicios de Salud. Manual de Procedimientos de Rehabilitación. Santafé de Bogotá, 2000

RODRIGUEZ, William. Salud ¿Cómo garantizar la calidad? Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto de Seguro Social, Colombia 1996.

SIERRA Maria Teresa, cardona Liliana Patricia, Bernal segura Maria, Forero Roza Ana Elizabeth. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá.

TORRES Pique, Ana María y otras. Experiencia de Conceptualización en Enfermería. Ceja, noviembre, 2001

VUORI, H. "El control de calidad en servicios sanitarios". Ed. Masson, Barcelona, 1988

http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005429/docs_curso/gerencia2.htm

http://books.google.com.co/books?id=AAUdbDjw42kC&pg=PA206&lpg=PA206&dq=VUORI,+H.+V.&source=web&ots=h9rH3B_3Dw&sig=USzNYcWZcCJce5z3yv_Rqi3GqVE&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ct=result#PPA212,M1

http://www.semes.org/revista/vol16_5/184.pdf

Teorema de límite central. Disponible en
<http://www.itchihuahuaii.edu.mx/academico/CB/MEG/documentos/1.4.h>

ANEXOS

- Matriz de tabulación de datos (Documento Excel)
- Copia original Cuestionario CARE-Q
- Cuestionarios diligenciados por los pacientes que participaron en el estudio