



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE EL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA



Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012.

Tesis de grado previa a la obtención de título de Licenciatura en Enfermería

Autores:

Franklin Emerson Cárdenas Villarruel

Mery Lizeth Guerrero Guerrero

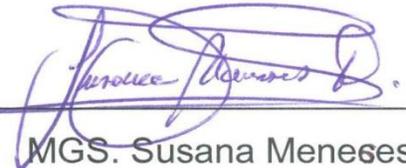
Tutor: Msc. Susana Meneses

ECUADOR 2012

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Director de Tesis titulada, : **“Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012.,** que ha sido desarrollada para optar por el título de: ***Licenciadas/o en Enfermería,*** de autoría de **MERY LIZETH GUERREROGUERRO y FRANKLIN EMERSON CARDENAS VILLARRUEL.** Certifico que ha sido revisada y se autoriza su publicación.

Ibarra, a los 14 días del mes de Enero del 2013.



MGS. Susana Menezes .



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del Proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO

CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003885967 1003302302
APELLIDOS Y NOMBRES:	Mery Lizeth Guerrero Guerrero Franklin Emerson Cárdenas Villarruel
DIRECCIÓN:	IBARRA
EMAIL:	Mliss2010@hotmail.com frankzbad@hotmail.com
TELÉFONO MÓVIL:	0979029540 0984621874

DATOS DE LA OBRA

TÍTULO:	"Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012.
AUTOR:	Franklin Emerson Cárdenas Villarruel Mery Lizeth Guerrero Guerrero
FECHA: AAAAMMDD	2013/01/14
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO <input checked="" type="checkbox"/>
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIADA EN ENFERMERÍA
ASESOR/DIRECTOR:	MGS. Susana Meneses

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Nosotros **MERY LIZETH GUERREROGUERRO** y **FRANKLIN EMERSON CARDENAS VILLARRUEL**, con cédula de identidad Nro. 1003885967 Y1003302302 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144

3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 14 días del mes de Enero del 2013.

EL AUTOR:

ACEPTACIÓN:

(Firma)..... *Mery Lizeth*

(Firma)..... *Cardenas*

Nombres: **MERY LIZETH GUERREROGUERRO** y **FRANKLIN EMERSON CARDENAS VILLARRUEL**, Nombre: **BETTY CHAVEZ**

C.C: **1003885967 – 1003302302** Cargo: **JEFE DE BIBLIOTECA**

Facultado por resolución del Consejo Universitario-----



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Nosotras, **MERY LIZETH GUERREROGUERRO** y **FRANKLIN EMERSON CARDENAS VILLARRUEL**, con cédula de identidad Nro. 1003885967 Y 1003302302 manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado: **“Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012.**, que ha sido desarrollada para optar por el título de: **Licenciadas/o en Enfermería**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma).....

Nombre: **MERY LIZETH GUERREROGUERRO** y **FRANKLIN EMERSON CARDENAS VILLARRUEL**.

Cédula: **1003885967 Y 1003302302**

Ibarra, a los 14 días del mes de Enero del 2013.

Dedicatoria

Dedicamos este proyecto y toda nuestra carrera universitaria a Dios por ser quien ha estado a nuestro lado en todo momento dándonos las fuerzas necesarias para continuar luchando día tras día y seguir adelante rompiendo todas las barreras que se nos presenten. A Jesús el Hijo de Dios por ser nuestro sentido de vida. A nuestros padres, porque creyeron en nosotros y porque nos sacaron adelante, dándonos ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy podemos ver alcanzada nuestra meta, ya que siempre estuvieron impulsándonos en los momentos más difíciles de nuestra carrera, porque el orgullo que sienten por nosotros, fue lo que nos hizo ir hasta el final. Fueron los que nos dieron ese cariño y calor humano necesario, son los que han velado por nuestra salud, nuestros estudios, nuestra educación, alimentación entre otros, son a ellos a quienes les debemos todo, horas de consejos, de regaños, de reprimendas de tristezas y de alegrías de las cuales estamos muy seguras que las han hecho con todo el amor del mundo para formarnos como seres íntegras y de las cuales nos sentimos extremadamente orgullosas. A nuestros hermanos, tíos, primos, abuelos y amigos. Gracias por haber fomentado en nosotros el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles. A todos, esperamos no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

Agradecimiento

Primero y como más importante, nos gustaría agradecer a la Universidad Técnica del Norte que nos abrió sus puertas de enseñanza para formarnos y hacer de nosotros profesionales dispuestos a servir a la sociedad.

Agradecemos sinceramente a nuestra directora y tutora de Tesis, Msc. Susana Meneses. Que con sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para nuestra formación como investigadoras. Ha inculcado en nosotros un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podríamos tener una formación completa. A su manera, ha sido capaz de ganarse nuestra lealtad y admiración, así como sentirnos en deuda con ella por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado nuestra Tesis. También nos gustaría agradecer al personal que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila de manera especial al Dr. Hernán Yépez Director de la institución de salud quien de manera incondicional nos brindó su colaboración y apoyo para hacer posible la realización de nuestro trabajo investigativo. Y por último, pero no menos importante, estaremos eternamente agradecidas a las madres usuarias del Hospital Luis Gabriel Dávila quienes con su participación y aporte de datos ayudaron al desarrollo y ejecución de nuestra

Tesis para ellas muchas gracias por todo.

ÍNDICE

PORTADA	
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
CAPITULO I	
1.1 Planteamiento del problema.....	17
1.2 Formulación del Problema.....	18
1.3 Justificación.....	19
1.4 Objetivos.....	20
CAPITULO II	
2 Marco Teórico.....	21
2.1 Concepto de modelo de atención de salud	21
2.2 Modelo de atención integral (MAIS).....	21
2.6.1 integralidad	22
2.3 Eficiencia	22
2.4 La gestión y atención	22
2.5 Principios del modelo de atención integral.....	23
2.5.1 integralidad.....	23
2.5.2 Equidad.....	23
2.5.3 Continuidad.....	24
2.5.4 coordinado e integrad	24
2.5.5 Participativo.....	24

2.5.6 Eficiente – eficaz y de calidad.....	24
2.6 Propósitos , objetivos y metas del (MAIS)	25.
2.6.1 Propósitos	25
2.6.2 Objetivos.....	25
2.6.3 Metas.....	26
2.7 .4 Metas y problemas de la salud priorizada por el (Mais).....	26
2.8 Componentes.....	26
2.8.1 Provisión	26
2.8.2 Gestión	26
2.8.3 Financiamiento.....	27
2.9 Componentes de provisión de servicios.....	27
2.9.1 Grupos de población a quienes entregara la atención	27-28
2.9.2 Por su vulnerabilidad.....	28
2.10 Escenarios de atención.....	28
2.10.1 Atención individual.....	28
2.10.2 Atención familiar	29
2.11 El conjunto de prestaciones	29
2.11.1 Prestación	30
2.11.2 Conjunto de prestaciones	30
2.12 Organización de la red pública integral de la salud	30

2.12.1 Primer nivel de atención	31
2.12.2 Puesto de salud	32
2.12.3 Unidades móviles.....	32
2.12.4 Subcentro de salud.....	32
2.12.5 Centro de salud de 8 horas	33
2.12.6 Centro de salud de 24 horas	33
2.13 Segundo y tercer nivel de atención	33
2.13.1 hospital básico A	34
2.13.2 hospital básico B.....	34
2.13.3 hospital general	34
2.13.4 hospital especializado A	35
2.13.5 Hospital especializado B.....	35
2.13.6 Hospital de especialidades	35
2.13.7 hospital de especialidades B	35
2.14 organización de redes	36
2.15 Movilización y logística.....	37
2.13.1 Talento humano	37
2.13.2 Insumos médicos, productos farmacéuticos y suministros.....	37
2.13.3 Infraestructura ,equipo ,maquinaria	37
2.13.4 Movilización y logística.....	37

2.13.5 Efectividad y oportunidad para operatividad modelo.....	38
2.13.6 Supervisión integral	38
2.13.7 Monitoreo.....	38
2.13.8 Evaluación	39
2.16 Sistema de aseguramiento de calidad.....	39
2.17 Teorías y modelo de enfermería	40
2.17.1 Cuidado	40
2.17.2 Persona	40
2.18 Escuela de las necesidades.....	40
2.18.1 Virginia Henderson	40
2.18.2 Dorotea E. Oren.....	41
2.19 Etapas del proceso de enfermería	41-42
2.20 Importancia del proceso d enfermería	42
2.21 ventajas del proceso de la atención de enfermería	43
2.22 Indicadores del proceso de enfermería	43
2.23 Teorías y modelos de enfermería.....	43
2.24 Fases del proceso de atención de enfermería	44
2.25 Calidad de atención de los servicios de enfermería	45
2.26 Distribución de calidad	45
2.27 Concepto de control de calidad	46

2.27.1 Controles de calidad.....	46
2.27.2 Seguimiento.....	47-51
2.27.3 Definición de criterios de estándar de calidad.....	47-51
2.28 Breve descripción del servicio del Hospital Luis Gabriel Dávila.....	52
2.29 breve historia de los servicios de salud	56
2.30 Quien es el paciente	56
2.30.1 Derechos del paciente	56
2.30.2 Atención Adecuada.....	56
2.30.3 Información suficiente, clara, oportuna y veraz.....	56.
2.30.4 Consentimiento para procedimientos de riesgo.....	57
2.30.5 Ser tratado con confidencialidad.....	57
2.30.6 Planeación de atención al paciente.....	58
2.31 Contar con un expediente clínico.....	59
2.31.1 Que quiere el paciente.....	60
2.31.2 Necesidades y aspiraciones del paciente.....	61
2.31.3 Lo que el paciente espera del personal de salud.....	62
2.31.4 Planeación de atención al paciente.....	62
2.31.5 Objetivos de atención al paciente.....	62
2.31.6 Áreas de responsabilidad de la atención de pacientes.....	62
2.231.7 Medidas de Comodidad.....	63

2.31.8 Medidas terapéuticas y de rehabilitación.....	63
2.31.10 Apoyo.....	64-65
2.30.11 Enseñanza.....	64 -65
2.32 Empleo de la comunicación.....	65
2.32.1 Nivel de satisfacción en salud.....	65
2.32.2 Calidad de atención.....	66
2.32.3 Definición de Calidad.....	67
2.32.4 Calidad en salud.....	68
2.32.5 Calidad Técnica.....	68
2.32.6 Calidad sentida.....	69
2.32.7 Calidad Total.....	69
2.32.8 Circulo vicioso de la falta de calidad.....	69
2.32.9 Elementos De La Calidad De Atención.....	69
2.32.10 Disponibilidad Y Oferta De Insumos.....	70
2.32.11 Información Al Usuario.....	70
2.32.12 Capacidad Técnica del prestador de servicio.....	71
2.32.13 Relaciones interpersonales con el usuario.....	71
2.32.14 Mecanismos de seguimiento al Usuario.....	72
2.32.15 Como mejorar la calidad de Atención.....	73-74
2.32.16 Garantía de la calidad.....	73-74

2.32.17 Parámetros de Calidad de Atención.....	74-75
2.32.19 Dimensiones De Calidad.....	76
2.32.20 Competencia Profesional.....	77
2.32.21 Acceso a los Servicios.....	78
2.32.22 Eficacia.....	79
2.32.23 Satisfacción del Paciente.....	79
2.33.1 Eficiencia.....	80
2.33.2 Continuidad.....	80
2.34 Seguridad.....	80-81
2.34.1 Comodidades.....	80-81
2.34.2 Calidez.....	82
2.34.3 Practica de valores en la calidez.....	82-83
2.34.4 Valores Y La Moralidad.....	84
2.35 Autodominio.....	84
2.35.1 Puntualidad.....	84
2.35.2 Atención Humanizada.....	85
2.35.3 Aplicación de calidez.....	85
2.36 Relaciones Interpersonales.....	85
2.36.1 Calidad De Comunicación En Salud.....	85
2.36.2 Tiempo De Escucha.....	86

2.36.3 Relación Paciente Personal De Salud.....	86
2.36.4 Diseño De Los Servicios.....	86
2.37 Tiempo De Espera.....	88
2.37.1 Trato Humano.....	88
2.38 Asistencia Sanitaria.....	88
2.38.1 Medio Ambiente.....	89
2.38.2 Privacidad.....	89
2.38.3 Comunicación.....	90
2.38. 4 Atención en salud.....	90-91
2.38.5 Definición.....	92-93
2.38.6 Niveles de atención en salud.....	94
2.38.7 Primer nivel.....	94
2.38.8 Promoción.....	95
2.39 Importancia de la Promoción en Salud.....	95
2.39.1 Estrategias En La Promoción De Salud.....	95
2.39.2 Promoción en Salud Familiar.....	95
2.40.1 Prevención.....	96
2.40.2 Protección.....	97-98
2.40.3 Fomento.....	97-98
2.40.4 Tratamiento.....	98-99

2.40.5 .Segundo nivel.....	99
2.40.6 Tercer nivel.....	99
2.40.7 Factores que influyen en la atención en salud.....	100
2.40.8 Sociales.....	100
2.40.9 Culturales.....	101
2.41. Económicos.....	102-103
2.42. Tendencias Del Proceso De La Reforma Del Sector De La Salud Y Su Impacto En La Calidad De Los Servicios.....	103
2.43.1 Argentina.....	104
2.43.2 Brasil.....	104
2.43.3 Colombia.....	104
2.43.4 Cuba.....	105
2.43.5 El Salvador.....	105
2.43.6 Honduras.....	105
2.43.7 Ecuador.....	105
2.44 Servicios de salud.....	106-107
2.45 Investigación en calidad de atención de enfermería.....	108-109
2.46 Situación laboral.....	110-113

CAPITULO III

3 Metodología.....	114
3.1 Tipo de Estudio.....	114
3.2 Diseño de Estudio.....	114
3.3 Lugar de Estudio.....	114
3.4 Población de Estudio.....	115
3.5 Universo y Muestra.....	115
3.6 Recolección de Datos.....	118
3.7 Variables.....	118
3.7.1 Operacionalización de Variables.....	118

CAPITULO IV

4 Marco Administrativo.....	119
4.1 Recursos Humanos.....	119
4.1.2 Recursos materiales.....	119
4.1.3 Recursos financieros.....	120

V

5 Presentación de Resultados.....	121
5.1 Tabulación, Presentación Grafica y Análisis de Resultados.....	122-150
5.2 Conclusiones.....	155
5.3 Recomendaciones.....	156

CAPITULO VI

6.1 Propuesta	157-160
5.4 Bibliografía.....	159
5.5 Anexos.....	160

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla Y Gráfico # 1

Distribución de resultados en relación a la edad del profesional del servicio de Neonatología90

Tabla Y Gráfico # 2

Distribución de resultados en relación a genero del profesional del servicio de Neonatología.....91

Tabla Y Gráfico # 3

Distribución de resultados en relación a la función del profesional de enfermería del servicio de neonatología92

Tabla Y Gráfico # 4

Distribución de resultados en relación a formación de los profesionales de enfermería del servicio de neonatología93

Tabla Y Gráfico # 5

Distribución de resultados en relación a un adecuado ambiente laboral del servicio de neonatología94

Tabla Y Gráfico # 6

Distribución de resultados en relación ambiente laboral y cómo influye en la organización y eficacia de las acciones de enfermería

Tabla Y Gráfico # 7

Distribución de resultados en relación a percepción del ambiente laboral del servicio de neonatología96

Tabla Y Gráfico # 8

Distribución de resultados en relación a trato recibido por la líder del servicio de Neonatología.....96

Tabla Y Gráfico # 9

Distribución de resultados en relación a desempeño de acuerdo a su puesto Laboral.....119

Tabla Y Gráfico # 10

Distribución de resultados en relación a número de profesionales según la demanda de pacientes del servicio de neonatología.....129

Tabla Y Gráfico # 11

En relación a material e insumos necesarios para desempeñar funciones y actividades requeridas en el servicio de neonatología.....121

Tabla Y Gráfico # 12

Distribución de resultados en relación a cumplimiento de normas establecidas en el servicio de neonatología.....122

Tabla Y Gráfico # 13

Distribución de resultados en relación a aplicación de protocolos establecidos en el servicio de neonatología123

Tabla Y Gráfico # 14

Distribución de resultados en relación a Distribución de resultados en relación a comunicación profesional de enfermería y paciente en cuanto a procedimientos realizados en el servicio de neonatología.....124

Tabla Y Gráfico # 15

Distribución de resultados en relación a comunicación enfermera paciente en Cuanto a procedimientos.....125

Tabla Y Gráfico # 16	
Distribución de resultados en relación al ingreso de su niño/a al servicio de neonatología se presenta e identifica por su nombre.....	126
Tabla Y Gráfico #17	
Distribución de resultados en relación a brindar información requerida y a los servicios que presta el servicio de neonatología.....	127
Tabla Y Gráfico #18	
Distribución de resultados en relación a interacción enfermera-paciente...	128
Tabla Y Gráfico #19	
Distribución de resultados en relación a sector de procedencia del usuario externo que acude al servicio de neonatología	120
Tabla Y Gráfico #20	
Distribución de resultados en relación a sector de procedencia del usuario externo del servicio de neonatología	130
Tabla Y Gráfico #21	
Distribución de resultados en relación a género del usuario externo del servicio De neonatología.....	131
Tabla Y Gráfico #22	
Distribución de resultados en relación a relación con el paciente.....	132
Tabla Y Gráfico #23	
Distribución de resultados en relación a la edad de la persona encuestada..	133
Tabla Y Gráfico #24	
Distribución de resultados en relación a autodefinición étnica.....	134
Tabla Y Gráfico #25	
Distribución de resultados en relación a si el personal de enfermería se Identificó por su nombre.....	135

Tabla Y Gráfico #26

Distribución de resultados en relación a sentir seguridad con el profesional de Enfermería.....136

Tabla Y Gráfico #27

Distribución de resultados en relación a confianza Asia el profesional de Enfermería.....137

Tabla Y Gráfico #28

Distribución de resultados en relación a personal de enfermería se dirigía a usted por su nombre138

Tabla Y Gráfico #29

Distribución de resultados en relación a recibir información necesaria por parte del profesional de enfermería sobre os cuidados y procedimientos realizados a Su hijo /a.....130

Tabla Y Gráfico #30

Distribución de resultados en relación a si el profesional de enfermería se preocupaba por el confort de su hijo/a131

Tabla Y Gráfico #31

Distribución de resultados en relación a atención brindada por el profesional de Enfermería.....132

Tabla Y Gráfico #32

Distribución de resultados en relación a recibir información del profesional de enfermería sobre la enfermedad de su hijo /a.....123

Tabla Y Gráfico #33

Distribución de resultados en relación a trato recibido por el personal de Enfermería.....124

RESUMEN

En la actualidad se ha venido evidenciando problemas en lo que se refiere a la atención de calidad en la salud; problemas que se dan por la falta de educación en lo que se refiere a relaciones humanas y relaciones interpersonales lo cual ayudaría a mejorar la relación enfermera – paciente Basándose en este problema se realiza la presente investigación para conocerla percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del profesional de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de servicios de enfermería La recolección de datos fue realizada mediante la aplicación de encuestas tanto a los 15 profesionales de enfermería y 31 madres usuarias del servicio de neonatología .

Los resultados obtenidos producto de la investigación realizada tanto con usuarios y profesionales de enfermería del servicio de neonatología permitieron evidenciar aspectos relacionados con el trato y comunicación en lo que se refiere la relación enfermera paciente y viceversa y relaciones interpersonales y en lo que es la atención de calidad y calidez al momento de brindar cuidados de enfermería

Después de la obtención de estos resultados y como propuesta se elaboró una guía de calidad de atención en los servicios de enfermería con la se espera dar a conocer sobre las nuevas actualizaciones en lo que se refiere a cuidados y relación enfermera paciente al fin de promocionar y mejorara la calidad de atención que se brinda a los usuarios dejando constancia del aporte que realizo la escuela de enfermería de la universidad técnica del norte en las diferentes unidades operativas del MSP en fortalecimiento de la estrategia docente asistencia

www.msp.ecuador.com.ec

Summary

Today has been showing problems in regards to quality care in the health problems that occur due to lack of education in regards to human relationships and relationships which help improve the nurse - patient Based on this problem this research is done to understand the perception of the organization and effectiveness of quality professional nursing care service hospital neonatology Luis G. Davila, as assessed by the users and the service providers themselves Nursing Data collection was performed by applying both surveys 15 nurses and 31 mothers neonatology service users.

Product results of research conducted with both users and service nurses pointed: neonatal treatment aspects and communication regarding nurse patient relationship and vice versa and interpersonal relationships and what care is quality and warmth when providing nursing care

After obtaining these results and a proposal was developed guidance on quality of care in nursing services are expected to raise awareness about the new updates in regards to care and nurse patient relationship to promote and improve the quality of care provided alos users noting the contribution that nursing school conducted technical College north in the different operating units of MSP in strengthening the teaching strategy assistance

Tema

PERCEPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y EFECTIVIDAD EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS G. DÁVILA, SEGÚN LA EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS Y LOS PROPIOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA PERIODO 2012.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del problema

En Enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia enunció que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados "En nuestro país, a partir de la creación del Sistema Único de Salud los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, por lo que ha sido una tarea sistemática el control de la calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas. En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre calidad de atención. En los últimos años el tema de la calidad ha adquirido considerable importancia en las instituciones de salud tanto a nivel nacional como internacional. En nuestro país, uno de los principios rectores de la política sectorial es la calidad de la atención a la salud como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. Actualmente, la satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues nos proporciona información sobre la calidad y organización percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados. Si bien la calidad es un término difícil de definir, debemos considerar que las dimensiones que considera el usuario para definirla; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención. Con todos estos elementos hemos visto con preocupación que En los últimos tiempos en la institución de salud pública" Hospital Luis Gabriel Dávila" ubicado en la ciudad de Tulcán se ha evidenciado comportamientos poco apropiados dentro de lo que es calidad y calidez de la atención de enfermería al paciente del servicio de neonatología y del mismo modo de se ha evidenciado discrepancias entre el personal que labora en el ya mencionado servicio , así como también inconformidad por parte de los usuarios en la atención que se ha brindado por parte del personal de enfermería.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012?

1.3 Justificación

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que resultan ser instrumentos útiles tanto en la definición y análisis de los problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud. La atención de enfermería a lo largo del tiempo ha experimentado cambios y con el avance de la educación a nivel mundial ha permitido la formación de profesionales de la salud con alto grado de capacitación; por lo que en algunos casos ha permitido el mejoramiento de la relación del personal de salud con el paciente. La relación del profesional de salud con el paciente, es un aspecto muy importante; pues está basada en la confianza y constituye un requisito necesario para la buena marcha del proceso terapéutico; una comunicación adecuada permite obtener una información correcta y a la vez genera en el enfermo un sentimiento de seguridad y confianza; que lo hace receptivo a las sugerencias y recomendaciones del profesional de enfermería. De esta manera conocer cuál es la percepción de los usuarios y el profesional de enfermería mejorar su satisfacción así aumentará su motivación en la continuidad de los programas y de esta forma evitar el abandono y rechazo a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud. Medir los niveles de satisfacción de la atención de los pacientes permitirá corregir lo defectuoso en ella, por lo que la presente investigación se realizará con la finalidad conocer la Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012. que brinda el personal de salud ya que hemos visto que no se ha realizado un estudio para determinar qué clase de atención presta el

Servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila ya que la satisfacción del paciente es un componente importante en la calidad de la atención y también es parte del desarrollo de la población en relación con los servicios de salud que reciben.

1.4 Objetivos

General

- Evaluar el nivel de percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del profesional de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012

Específicos

- Elaborar el diagnostico situacional del servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila para conocer la situación real.
- Identificar los factores que inciden en la organización y efectividad en la calidad de atención del personal del servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila.
- Evidenciar la disponibilidad de talento humano capacitado en el servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila.
- Identificar los requerimientos de recursos materiales e insumos del servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila.
- Analizar la aplicación de protocolos de atención de enfermería en el servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila.
- “Elaborar una guía de calidad de atención para el servicio de Neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila, para su aplicación efectiva por el profesional de Enfermería”, que permita brindar cuidados con calidad y calidez al usuario.

CAPITULO II

2 Marco Teórico

2.1 Concepto de Modelo de atención de salud

Es la forma de organización que permite desarrollar procesos de gestión y de atención a la salud entendiéndose como gestión a los procesos que facilitan la atención, no solo de las enfermedades sino también de las condiciones que afecta el bienestar físico, psicológico y social de la población. El modelo de atención es uno de los elementos claves para el desarrollo de los procesos de reforma o transformación sectorial; su diseño y desarrollo depende fundamentalmente del contexto político que atraviesan los países; en el caso de Ecuador el marco constitucional establece claramente las características que debe adoptar, por ejemplo: Integral y participativo (art359), basado en APS con participación de medicinas ancestrales y alternativas (art 360), establece también que los proveedores reorganizarán en Red para proporcionar la atención requerida (art. 360), entre otras. Se conocerá entonces al modelo de nuestro país como Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) por todas las condiciones enumeradas anteriormente.

2.2 Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)

Se entenderá como MAIS al conjunto de políticas, normas, estrategias procedimientos, instrumentos y recursos los cuales permiten la implementación del Modelo de Atención en el Sistema Nacional de Salud, con un enfoque integrado, integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación), con calidad y calidez y cuyas acciones se aplican en el individuo, familia, comunidad y medio ambiente; promoviendo también la participación social como estrategia fundamental en la solución de los problemas de salud de la comunidad.

Por tanto el MAIS define como van a interactuar los actores de otros sectores, los miembros de la red de servicios y la comunidad para llevar acabo las acciones conjuntas que permitan dar solución a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera a mejorar su calidad de vida.

Los principales cambios propuestos por el MAIS en relación al antiguo modelo de atención son:

2.2.1Integralidad

Parte de considerar al individuo y la familia es el centro de la respuesta social en salud, tomando en cuenta a nivel individual la multi dimensional dad de la persona en su relación cultural, social, política y el medio ambiente y que además, la atención debe responder a las necesidades que se presenta en cada etapa de su vida; por otro lado la familiar es la base de la sociedad esta interactúa con su medio social, cultural, ambiental lo que define las condiciones familiares donde crece y se desarrolla sus miembros.

Que se incorpora en los servicios el concepto de Cuidado de la Salud y no solamente a la atención de la enfermedad. En este sentido se prioriza el desarrollo de prácticas en promoción y prevención, sin descuidar lo curativo y la rehabilitación.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001. Washington,DC: OPS; 2001

2.3 Eficiencia

Que en este acercamiento de los servicios a la comunidad y a otros actores sociales la participación activa de todos los actores sociales es fundamental. Que la expresión médico-paciente que reflejaba la relación entre la comunidad y la institución en el anterior modelo, se cambia a la relación equipo de salud persona sujeto de derechos o ciudadano.

2.4 LA GESTIÓN Y ATENCIÓN

Busque no solo resultados institucionales sino fundamentalmente resultados de impacto Social, para mejorar la calidad de vida de la población.

“El modelo de atención es la política, estrategias, procesos técnicos y operativos que permite el cumplimiento de la salud como un derecho por tanto. Constituye un eje transversal en la gestión y la provisión de servicios del sistema nacional de salud”.

En consecuencia su aplicación es responsabilidad de todos los que hacemos gestión y atención en el Sistema nacional de salud. “El modelo de atención no es un programa vertical ni acciones comunitarias y familiares aisladas”. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001. Washington, DC: OPS; 2001

2.5 Principios del Modelo de Atención Integral

Universalidad progresiva en el acceso y la cobertura: Implica que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento son adecuados y suficientes para cubrir a toda la población, eliminando las barreras de acceso a la salud.

2.5.1 Integralidad

Atención a las personas, a los riesgos y condiciones que afectan su salud; involucra acciones de promoción prevención, recuperación y rehabilitación de las personas, familias, comunidad y medio ambiente. Interrelaciona y complementa actividades sectoriales, ciudadanas, e interrelaciona los diversos sistemas médicos (medicina formal /medicinas ancestrales / medicinas alternativas / medicinas complementarias).

2.5.2 Equidad.

Eliminación de diferencias injustas en el estado de salud; acceso a la atención de la salud y ambientes saludables; trato equitativo en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad es un requisito para el desarrollo de las capacidades, las libertades y el ejercicio de los derechos de las personas.

2.5.3 Continuidad

Es el seguimiento al estado de salud de una persona; el control de los riesgos y factores determinantes para la salud de las personas y su medio ambiente; atención de cualquier episodio de enfermedad específica hasta su resolución o deficiencia hasta su rehabilitación.

2.5.4 Coordinado e integrado

Es la articulación de la red de servicios con otros sectores institucionales y la ciudadanía organizada, destinada a garantizar respuestas integrales, sustentables y sostenibles según los requerimientos de salud, la satisfacción de la demanda y su atención continua en la red plural de servicios de diversa

complejidad. Para que se realice, se requiere del fortalecimiento y sostenibilidad de un sistema de referencia y contra referencia

2.5.5 Participativo

Convierte a los individuos en socios activos, tanto en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, como en la definición de las prioridades, la rendición de cuentas, y en la generación de una cultura de auto cuidado.

2.5.6 Eficiente, eficaz y de calidad

Optimización y uso racional de los recursos, orientados a la satisfacción de las necesidades de las personas, principalmente de los grupos poblacionales más desprotegidos o en situación de riesgo. La eficiencia del gasto se define como la implementación de mecanismos y procedimientos que garanticen un mayor rendimiento de los recursos.

2.6 Propósito, objetivos y metas del mais

2.6.1 Propósito

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población que vive en el territorio ecuatoriano, aportando al Plan Nacional del Buen Vivir, Plan estratégico del MSP y Planes estratégicos Regionales y Distritales mediante la aplicación de acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación cuyos resultados buscan solucionar las principales necesidades en salud del país.7- 8 alcanzando resultados de impacto social.

2.6.2 Objetivos:

Mejorar las condiciones de salud de la población ecuatoriana a través de generar cambios a nivel individual, familiar y comunitario con la implementación de acciones en salud oportunas, efectivas, eficientes entregadas con calidad y

con calidez enfatizando en la prevención y la promoción de la salud. Reducir las brechas de acceso y disponibilidad de la población a los servicios de salud a través de la definición de estrategias que permitan acercar la atención a los grupos prioritarios utilizando los enfoques de derechos, género, interculturalidad, etc. Mejorar la capacidad resolutive en los tres niveles de atención a través de la dotación necesaria y suficiente de infraestructura sanitaria, equipamiento, recurso humano capacitado y normas de atención que respondan a las necesidades en salud de la población ecuatoriana. Mejorar la articulación entre la prestación y la gestión en los servicios de salud y su financiamiento. Fortalecer la articulación de los actores sociales a través de una coordinación intersectorial, interinstitucional y con la comunidad.

2.6.3 Metas

A continuación se detallan algunos ejemplos de las metas establecidas en el Plan Nacional del Buen Vivir y su relación con los problemas de salud priorizados por el Maslos cuales deben ser afrontados por los equipos de salud y los actores sociales.

2.6.4 Metas y problemas de salud priorizadas por el mais

Disminuir en 35% la mortalidad materna al 2013

Reducir en 25% el embarazo adolescente al 2013

Aumentar al 70% la cobertura de parto institucional público al 2013

Reducir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013

Disminuir al 3,9% el bajo peso al nacer en niños y niñas

2.7 Componentes

Los siguientes componentes y sus productos deberán ser para
Viabilizar el desarrollo del MAIS

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería / Manual ..Escrito por María Carolina Ortega Vargas, Maria Guadalupe Suarez

2.7.1 Provisión

La provisión de la atención se realiza a partir de la definición de las necesidades de la población quienes definen las prestaciones y servicios integrales brindados a la persona, familia, comunidad

2.7.2 Gestión

Proceso de planificación, programación, distribución de recursos necesarios, suficientes y oportunos para el desarrollo de actividades, supervisión, monitoreo y evaluación, desarrollo por ámbitos de responsabilidad y según niveles de competencia y complejidad que garanticen la provisión de las prestaciones

2.7.3 Financiamiento

En función de las necesidades de población se establece los recursos necesarios, suficientes y oportunos para la prestación de los servicios, en el marco de los derechos y el buen vivir; Y asignación de recursos en función del cumplimiento de metas de impacto, coberturas, calidad. Los tres componentes debes estar articulados y desarrollados simultáneamente

2.8 Componente de provisión de servicios

La provisión de servicios incorpora el concepto del Cuidado de Salud y no solamente la atención de la enfermedad; por tanto se diseña un conjunto de acciones en promoción, prevención, curación y rehabilitación que son

entregadas a la población a través de la red de servicios. Los elementos que constituyen este componente son:

1. Los grupos de población a quienes se entregará la atención
2. Los escenarios de atención
3. El conjunto de prestaciones
4. Organización de la red pública integral de salud (art 360 de la Constitución)

2.8.1 Los grupos de población a quienes se entregará la atención La atención integral deberá ser entregada en forma diferenciada por ciclos de vida considerando que existen contrastes entre un grupo y otro en relación al su perfil epidemiológico, riesgos, y vulnerabilidad.

- 1 Las etapas del ciclo de vida son:
- 2 niño, (0-9 años)
- 3 Recién nacido: 0-28 días)
- 4 Niños de 2 meses a 4 años
- 5 Escolares de 5^a 9 años
- 6 Adolescente, (10-19 años)
- 7 Quinta etapa: adolescencia
- 8 Adolescencia tempranos: (10-14años) Adolescencia tardía: (14-19 años)
- 9 Adulto (20-64 años)
- 10 Adulto mayor (más de 65 años)

2.8.2 Por su vulnerabilidad

Según el artículo 35 de la constitución del Ecuador los Grupos prioritarios Definidos recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

Niños niñas y a Personas con discapacidad Personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad Personas privadas de libertad.

2.9 Escenarios de Atención

El MAIS se orienta a la mejoría de la calidad de vida en los siguientes Escenarios:

2.9.1 Atención Individual

El MAIS aborda el desarrollo sano de las personas promoviendo su cuidado y el auto cuidado de la salud, por tanto no centra su atención exclusiva a la enfermedad; la atención es integral es decir bajo la convicción de que la mayoría de la situaciones de tipo biológico (orgánico) nacen y se desarrollan de la forma como el individuo aprende a conocerse y a verse a sí mismo, con todas sus expectativas, inquietudes, ansiedades, sentimientos, emociones, etc.

2.9.2 Atención Familiar.

La familia puede ser alterada por cualquier situación que afecta a un solo miembro del grupo familiar (enfermedad, adicción, embarazo no deseado, crisis de la adolescencia, etc.) o por cualquier realidad que se vive en la sociedad (carencia de servicios públicos, de educación, de inseguridad, violencia,). Por tanto la familia puede contribuir a mejorar la salud de sus miembros o generar enfermedad en ellos. En cualquiera de estas dos situaciones lo fundamental es que el equipo de salud identifique oportunamente problemas, factores de riesgo o daños generados de la familia al individuo o viceversa para su intervención, a través del cumplimiento de compromisos del equipo, de la familia (auto cuidado) y de la comunidad. Ecuador debe desarrollar este escenario lo cual involucra entre otras cosas la formación del Recursos Humano con enfoque familiar, desarrollar Normas de Atención a la familia, fortalecer las redes sociales para apoyo familiar etc.

2.9.3 Atención a la Comunidad

La información sobre la naturaleza y la distribución de los problemas de salud de una población no puede ni debe basarse solo en la experiencia de los que trabajan en los hospitales o consultorios. El conocimiento y las soluciones se lo construyen conjuntamente entre los equipos de salud y la comunidad. Los miembros comunitarios participan activamente en la gestión de los servicios y en el desarrollo del auto-cuidado comunitario.

2.10 El conjunto de prestaciones

Una vez definido las necesidades o problemas de salud y su distribución en la población se diseñan las prestaciones que los servicios de salud proporcionarán al individuo, familia y comunidad.

2.10.1 Prestación

Se denomina prestación o servicio de salud a aquella acción o conjunto de ellas, brindada por proveedores sanitarios, conducentes a mejorar el estado de salud de un individuo o comunidad. El término prestación o servicio de Salud se equipara habitualmente al de tecnología sanitaria. Se define tecnología sanitaria como todo aquel dispositivo, droga, procedimiento y modo de intervención utilizados en prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de condiciones de salud

2.10.2 Conjunto de prestaciones (CPS)

Se llama conjunto de prestaciones a una relación ordenada en que se incluyen y describen el conjunto de derechos concretos, explícitamente definidos, en términos de servicios, tecnologías o pares de estados necesidad-tratamiento, que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad, para permitirle acceder a ellos independientemente de su capacidad financiera y situación laboral. El propósito central de un CPS consiste en contribuir a la transformación de un derecho declamado a la salud, con los ciudadanos como destinatarios, en un derecho objetivable a unas determinadas acciones de promoción de la salud, prevención de problemas y enfermedades, atención durante episodios de enfermedad y rehabilitación en formas adecuadas y tiempos oportunos.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2.11 Organización de la red pública integral de salud (Art 360 de la constitución).

La provisión de los servicios de salud se organizara por niveles de atención En la lógica de redes. Se iniciara con la formación de la red pública conformada por el Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Fuerzas Armadas (FF.AA.) y Policía como lo dispone el artículo 360 de la Constitución a esta red debe articularse .

2.11.1 El Primer Nivel de Atención

Se ubica en los Distritos de Salud, es el centro de la red y la puerta de entrada a los servicios, por su contacto directo con la comunidad debe cubrir a toda la población, este nivel debe resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes de la comunidad considerando que se los resuelven con tecnología sanitaria

simples y de baja complejidad. Los servicios darán atención integral dirigida a la familia, individuo y comunidad, enfatizando en la promoción y prevención. Estas actividades serán intra y extramurales. La prestación se llevará a cabo por los Equipos de Atención Integral de primer nivel de atención conformado por personal sanitario y no sanitario que realizan distintas actividades encaminadas al logro de una elevación de la salud de la comunidad sobre la que actúan. La composición del equipo de salud para las unidades de primer nivel de atención ha de ajustarse a las características concretas de la comunidad a la que atiende. Sin embargo, para fines operativos se considerará:

Al Equipo Básico (EBA)

Como el constituido por médico, enfermero/a y las unidades rurales y urbanas marginales se incorporará un promotor de salud que es el mínimo requerido para el desarrollo de las estrategias del MAIS. A este equipo se podrán incorporar de forma permanente o temporal el siguiente personal de salud para apoyar las actividades del EBA. Profesionales: odontólogos/as, nutricionistas, psicólogos/as, tecnólogos/as, trabajadores/as sociales, obstetras, entre otros. Médicos/as especialistas: pediatras, ginecólogos, internistas, etc. Personal de salud: auxiliares, inspector/a sanitario entre otros Personal logístico: choferes, auxiliares administrativos, entre otros Proveedores de medicina ancestral, terapias alternativas complementarias: parteras, pajuyos, shamanes, acopunturistas, homeópatas, entre otros. Este personal podrá ser asignado de forma permanente o temporal de acuerdo a las necesidades.

Entonces el equipo de atención integral de primer nivel de atención rural y urbana marginal, estará compuesto por un médico, enfermera/o, y un promotor; y uno o más miembros del personal de apoyo.

El personal de apoyo será asignado según las intervenciones requeridas para las familias y comunidades El personal de apoyo será asignado utilizando los siguientes criterios: perfil epidemiológico del Territorio en el que actúa el equipo básico, condiciones de acceso de la población, densidad poblacional, población vulnerable, intervención es requeridas para las familias y comunidades, productividad.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGraw-Hill, México 2004.

2.11.2 Puesto Salud:

Establecimiento ambulatorio público que presta atención de salud en enfermería y funciona en la zona rural, se ubican en unidades menores de 2000 habitantes Se plantea la posibilidad de incrementar se capacidad resolutive a sub-centros de salud tipo rural en un futuro inmediato.

2.11.3 Unidad móvil de salud:

Establecimiento ambulatorio público Transportable que presta atención itinerante de salud general, quirúrgica u Oncológica Tipologías: Clínica General, Clínica Especializada, Quirúrgica General, Quirúrgica Especializada, Diagnóstico General, Diagnóstico Especializado

2.11.4 Sub-centro de salud

Establecimiento ambulatorio público que presta atención profesional de salud en medicina, odontología y psicología. Tipologías: Urbano, Rural Los urbanos manejan poblaciones de 6000 habitantes y rurales 2000habitantes16.

2.11.5 Centro de salud de 8 horas

Establecimiento ambulatorio público que presta atención de medicina general y especializada básica, odontología, Ministerio de salud Pública. Manual de Organización y Funcionamiento de Áreas de Salud. Quito 2000 Ministerio de salud Pública. Manual de Organización y Funcionamiento de Áreas Quito 2000 Psicología, laboratorio de diagnóstico clínico general e imagenología general. Atiende poblaciones superiores a 20.000 habitantes. Tipologías: CSA, CSA Jefatura de Área.

2.11.6 Centro de salud de 24 horas

Establecimiento ambulatorio público que presta atención de emergencia, medicina general y especializada básica, odontología, psicología, laboratorio de diagnóstico clínico general imagenología general: Atiende poblaciones superiores a 20.000 habitantes. Tipologías: CSB, CSB Jefatura de Área El primer nivel de atención desarrollará funciones:
Planificación, organización, ejecución, supervisión monitoreo y evaluación de las acciones integrales de salud dirigidas a individuo, familia y comunidad.
Articulación con actores sociales Articulación con los otros niveles de la red.

2.12 Segundo y Tercer nivel de atención

Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología Sanitaria de complejidad mayor. El ingreso a nivel 2 se lo realizara a través del primer nivel de atención exceptuándose los caso de urgencia médicas que una

vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. El ingreso a nivel 3 se lo realizara a través del segundo nivel de atención exceptuándose los caso de urgencia médicas y que el prime nivel considere de referencia directa a este nivel. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles.

2.13 Tipología y Servicios:

A continuación se describen la tipología hospitalaria definida para estos dos **Niveles de atención**

2.13.1 Hospital Básico A

Establecimiento público de internación que presta servicios de diagnóstico y tratamiento clínico y/o quirúrgico no diferenciado pacientes de bajo riesgo, utilizando recursos para procedimientos de baja o mediana complejidad. Dispone de 5 a 14 camas hospitalarias censables Sinónimo: Centro Materno-Infantil

2.13.2 Hospital Básico B

Establecimiento público de internación que preste servicios de diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico, diferenciado o no diferenciado a pacientes de bajo o mediano riesgo utilizando recursos para procedimientos de mediana complejidad. Dispone de 15 a 49 camas hospitalarias censables.

2.13.3 Hospital General

Establecimiento público de internación que presta servicios de diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico diferenciado en las especialidades básicas y sus subespecialidades a pacientes de mediano riesgo utilizando recursos para

procedimientos de mediana o alta complejidad. Dispone de 50 a 99 camas hospitalarias censables.

2.13.4 Hospital Especializado A

Establecimiento público de internación que presta servicios de diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de enfermedades agudas o crónicas en una sola especialidad básica y sus principales subespecialidades a pacientes de mediano riesgo utilizando recursos para procedimientos de mediana complejidad Dispone de 5 a 14 camas hospitalarias censables

2.13.5 Hospital Especializado B

Establecimiento de internación público que presta servicios de diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico en una sola especialidad básica y sus principales subespecialidades, a pacientes de alto riesgo con enfermedades agudas o crónicas, utilizando recursos para procedimientos de alta complejidad. Dispone de 15 o más camas hospitalarias censables.

2.13.6 Hospital de Especialidades A

Establecimiento público de internación de referencia provincial o regional que presta servicios de diagnóstico y tratamiento clínico y quirúrgico diferenciado en las especialidades básicas y sus principales subespecialidades a pacientes de mediano o alto riesgo utilizando recursos para procedimientos de alta complejidad. Dispone de 100 a 299 camas hospitalarias censales

2.13.7 Hospital de Especialidades B

Establecimiento de internación público de referencia nacional para diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico en especialidades básicas y sus subespecialidades a pacientes de alto riesgo con enfermedades agudas o crónicas, utilizando recursos para procedimientos de alta complejidad: Dispone de 300 o más camas hospitalarias censables.

2.14 Organización de redes

Para la organización de la red se establecerá a través del desarrollo de los siguientes atributos:

1. Población y territorio a cargos definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.
2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y población es específicas, los servicios de salud.
3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población;
4. Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios;
5. Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población; un sistema de gobernanza único para toda la red;
- 6 Participación social amplia;
7. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;

8. recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2.15 MOVILIZACIÓN Y LOGÍSTICA.

2.15.1 Talento Humano

Debe desarrollar los siguientes productos:

- Las normas y procedimientos para la administración del talento humano
- Lineamientos para la capacitación del talento humano.
- Necesidades de formación de recursos humanos en salud.(Universidades)

2.15.2 Insumos médicos, Medicinas y Productos Farmacéuticos y Suministros.

El cumplimiento del conjunto de prestaciones requiere que los sistemas de administración provean de una manera oportuna de los insumos, medicinas y productos farmacéuticos de una manera oportuna. Deben estar definidos los siguientes productos:

- 1 • Las normas y procedimientos para la gestión y utilización de Los insumos medicinas y productos farmacéuticos en la red Pública.
- 2 • El sistema de control de calidad de insumos médicos, Medicinas, productos farmacéuticos y suministros.

2.15.3 Infraestructura, Equipo y Maquinaria

Permite el mejorar la cobertura, calidad y capacidad resolutive de pared de servicios conforme a las necesidades en salud de la población.

2.15.4 Movilización y logística.

Comprenden los medios y requerimientos necesarios Para la movilización del personal, y la atención 23 Ministerio de Finanzas Clasificador presupuestario de ingresos y gasto del sector público.2009.

2.15.5 Efectiva y oportuna para la operatividad del Modelo.

Se requiere desarrollar:

El plan maestro de inversiones.

El programa de mantenimiento preventivo y correctivo.

Las normas y procedimientos para la administración del talento humano.

MSP. Régimen de Derecho a la Salud de prestaciones garantizadas 2009

2.15.6 Supervisión Integral

Definido como el proceso de acompañamiento y de capacitación en servicio dirigida a los equipos de salud, es integral pues hace el seguimiento de la implementación del modelo de atención y la aplicación de las normas de atención todo esto con la finalidad de mejorar el desempeño del personal en la atención Integral. La supervisión determina un proceso planificado con la utilización de herramientas estandarizadas.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2.15.7 Monitoreo

Es un proceso que sigue rutinariamente el avance de las actividades planificadas en:

Plan Estratégico a través de seguimiento de:

O El Plan Acción

O Proyectos en salud

O Programación Integral de las prestaciones (PLIS)

El monitoreo incluye el avance de actividades planificadas así como el gasto de recursos y ejecución presupuestaria. El sistema de información que alimente a este sistema debe ser adecuado al nuevo modelo de atención.

2.15.8 Evaluación

Hace un análisis de las intervenciones realizadas (Plan Operativos, Proyectos, prestaciones) en función de resultados institucionales y fundamentalmente de impacto social. Un función del proceso de desconcentración y la búsqueda de resultados de impacto se realizarán Acuerdos de Gestión en base a los Planes Estratégicos y La programación Integral de las prestaciones; esto permitirá a los diferentes niveles de gestión definir: Metas que serán viables con el cumplimiento de compromisos.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2.16 Sistema de Aseguramiento de la calidad.

Tanto la red de servicios pública como la complementaria deberán

Garantizar las normas y procedimientos de atención y gestión definidos por el MSP Se plantea que el sistema de calidad incluya:

1. Registro de profesionales a través de un proceso certificación recertificación.
2. Implementación de Auditoria Integral en Salud.
3. Procesos de, licenciamiento, certificación, acreditación de las unidades de la red pública.
4. Control de calidad de insumos y productos farmacéuticos. Dentro de la red de servicios se conformarán equipos multidisciplinarios que desarrollen programas de mejoramiento continuo de la calidad ubicados en todos los niveles de atención.

2.17 Teorías y modelos de enfermería

2.17.1 Cuidado

Servicio a la humanidad basada en la observación y la experiencia, Que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda establecer o preservar su salud.

2.17.2 Persona

Asistencia a la persona sana o enferma, que consta del componente es físico, intelectual, emocional, social y espiritual. Salud:

Ausencia de enfermedad y capacidad para utilizar plenamente sus recursos

Entorno:

Factores externos que afectan a la persona y su proceso de salud: air e, agua, luz, calor, limpieza, tranquilidad y dieta adecuada. Elementos clave: Leyes de vida y de salud, entorno sano, condiciones sanitarias.

2.18 Escuela de las necesidades

2.18.1 Virginia Henderson.

Filosofía relacionada con la definición de enfermería en términos funcionales

- Cuidado:

Asistencia a la persona sana o enferma en las actividades que no puede hacer por si misma por falta de fuerza, voluntad o de conocimientos para conservar o restablecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades fundamentales.

www.msp.ecuador.com.ec

- Persona:

Ser biológico, psicológico y social que tiende hacia la independencia ella satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales.

2.18.2 Dorotea E. Oren.

Modelo conceptual de enfermería con enfoque de autocuidado.

- Cuidado.

Campo de conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de la persona en el ejercicio de autocuidados relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.

- Persona:

Ser que funciona biológica, simbólica y socialmente y que Presenta exigencias de autocuidado universal, de desarrollo y ligados desviaciones de la salud.

- Salud:

Estado de ser completo e integrado a sus diferentes componentes y modelos de funcionamiento.

- Entorno:

Todos los factores externos que afectan los autocuidados o ejercicio de autocuidados

- Elementos clave:

Autocuidado; agente de autocuidado; déficit de autocuidado; sistema de cuidados enfermera.

2.19 Etapas del proceso de enfermería

Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas potenciales de salud, para ello, se basa en un amplio marco teórico. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este marco a la práctica de enfermería. El proceso de enfermería es un método ordenado y sistemático para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería. Por tanto, es la aplicación del método científico en el quehacer de enfermería.

El proceso de atención de enfermería (PAE) exige del profesional habilidades destrezas afectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros. Así mismo, se hace necesario el conocimiento de las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento. Todo esto es indispensable para ayudar a los sujetos de atención, a través de la aplicación del proceso de enfermería, a alcanzar su potencial máximo de salud. El PAE requiere una actividad especial y continua con el sujeto de atención porque trata de mejorar la respuesta humana.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2.20 Importancia Del Proceso De Enfermería

El proceso de enfermería como instrumento en la práctica del profesional puede asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención: individuo, familia o comunidad.

Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

2.21 Ventajas del proceso de atención de enfermería

Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; le garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y le ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas. A la otra parte, el profesional genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propicia el crecimiento profesional; permite asignar el sujeto de atención en forma racional y le proporciona información para investigación. En resumen, el uso del proceso de atención de enfermería da como resultado un plan que describe las necesidades de atención y los cuidados de enfermería para cada sujeto de atención.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001. Washington, DC: OPS; 2001

2.22 Indicadores del proceso de enfermería

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo.

www.msp.ecuador.com.ec

2.23 Teorías y modelos de enfermería.

Individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2. 24 Fases del proceso de atención de enfermería

Como se mencionó anteriormente, el proceso se organiza en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas:

- 1) Valoración, 2) diagnóstico de enfermería, 3) planeación, 4) ejecución intervención y 5) evaluación.**

La primera fase es la de recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para hacer el diagnóstico de enfermería.

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guíen la determinación de problemas —presentes, potenciales o posibles— en individuos o grupos, y facilita plantear los logros que se requieren en el futuro: facilita entonces la intervención de enfermería, y se logra a través de las siguientes etapas:

1. **Recolección** de la información de fuentes variadas (sujeto de atención, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, ese menú físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas).

2. **Organización de los datos:**

Validación de los mismos e identificación de Las alteraciones.

Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las

Respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGrawHill, México 2004.

2.25 CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD

Una definición precisa y consensuada del término "calidad asistencial" no ha sido posible hasta el momento, a pesar del interés y necesidad de poder medir nuestra actividad en términos como el "buen hacer" o la "adecuación" de la asistencia sanitaria. La tendencia, así como la manera más fácil de conseguirlo ha sido más bien la de descomponerla en diversas partes más fáciles de concretar y de medir.

La calidad podría definirse, siguiendo las ideas funcionales aplicables a la industria, como la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al coste más bajo posible. En esta definición hay dos partes claramente diferenciables.

2.26 DISTRIBUCIÓN DE LA CALIDAD.

Aunque son frecuentes afirmaciones tales como "debemos conseguir solo lo mejor para nuestros pacientes" o "todo el mundo tiene derecho a la mejor asistencia posible", en ellas existen dos errores importantes: el primero es de orden lógico, es decir, la calidad es una variable continua y no uniforme. En esta distribución hay partes de alta y de baja calidad. El objetivo del control de la calidad será intentar "empujar" toda la distribución hacia la parte de alta calidad. El segundo es de orden práctico: existen límites económicos para la mejora de la calidad. La medicina está llena de recomendaciones y procedimientos bien intencionados, pero económicamente injustificables, que han sido hechos ondeando la bandera de la "alta calidad".

2.27 CONCEPTO DE CONTROL DE LA CALIDAD

El control de calidad es básicamente una actividad de evaluación. En la evaluación se pueden distinguir tres componentes relacionados con la actividad en estudio:

El entorno

La conceptualización

La metodología

2.27.1 CONTROLES DE CALIDAD

Una visión panorámica de las publicaciones y las reuniones científicas, o de los planes estratégicos y los organigramas de las diferentes instituciones sanitarias muestra inapreciable avance de la preocupación por la calidad. Más difícil resulta objetivar en qué medida esta preocupación es más real que aparente, dadas las dificultades intrínsecas de cuantificación de estos esfuerzos, la idiosincrásica descoordinación entre proyectos y las diferencias apreciadas entre organizaciones similares. Tampoco puede establecerse de manera concluyente lo que las estrategias de calidad asistencial incorporan de específicamente sanitario frente a la mera traslación de aproximaciones procedentes de ámbitos distintos.

Ni la fragmentación -en otros aspectos positiva- del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo sus desarrollos autonómicos han facilitado la apuesta por una monitorización sistemática y normalizada de la calidad. Una revisión de la producción al respecto muestra una cierta profusión de encuestas de satisfacción, la mayoría de ellas “no homologables”, y a menudo con discrepancias preocupantes respecto a otras fuentes de información. Para el conjunto del Sistema cabe diagnosticar una ausencia de monitorización del producto en cuanto a resultados de la asistencia sanitaria (otoños) y aportación

del dispositivo asistencial a la calidad de vida de sus clientes, así como, en general, la falta de sistemas de información sanitaria (SIS) apropiados para valorar la evolución de estas dimensiones.

2.27.2 SEGUIMIENTO DE LOS CONTROLES DE CALIDAD

En los últimos años han proliferado en España los trabajos que valoran la adecuación de la utilización de los servicios sanitarios. Aunque son muchos los ámbitos analizados adecuación de la prescripción farmacéutica, de las pruebas complementarias, de la utilización de los servicios de urgencias, etc. - una parte sustancial de ellos se refiere a la utilización inapropiada hospitalaria. Estas evaluaciones frecuentemente utilizan instrumentos basados en criterios explícitos, generalmente independientes del diagnóstico. Desde los primeros estudios registrados en los años ochenta, la extensión de esta aproximación ha sido notable, si bien en su mayoría se trata de trabajos descriptivos, y sólo excepcionalmente se llevan a cabo intervenciones para modificar la realidad analizada.

Pese a la gran heterogeneidad que muestran respecto a periodo, alcance, tipos de centro o metodología, los trabajos analizados, coinciden en señalar la existencia de una muy variable, pero en general abultada proporción de utilización innecesaria en los servicios hospitalarios (entre el 30%-40% de las estancias y el 15%-30% de los ingresos). Como segundo rasgo común, de interés crucial para lo aquí tratado, emerge la abultada atribución de utilización inapropiada a causas internas a la organización de los centros, que aconsejan orientar los esfuerzos de análisis e intervención sobre los problemas relacionados con la institución y sus profesionales, antes que hacia las

. Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

Los trabajos sobre adecuación, aunque son cada vez más numerosos y variados, tienen todavía un carácter aislado, fruto más bien de la “curiosidad” de algunos profesionales, que de una orientación deliberada del sistema en tal sentido. La relativamente abundante experiencia disponible procede de revisiones de historias clínicas, análisis de bases de datos, aplicaciones y explotaciones del CMBD, o revisiones concurrentes de procesos efectuadas con excesiva frecuencia por investigadores ajenos a la institución o, más raramente, por clínicos deseosos de evaluar sus práctica, y sólo excepcionalmente promovidos por directivos que buscan una “vía clínica” de gestión.

La disponibilidad del instrumental necesario -existen versiones validadas de distintos instrumentos de evaluación de la adecuación, como el AEP, AEP pediátrico, Delay Tool etc- unida a la existencia de grupos experimentados en su utilización en la mayor parte de las CC.AA., aconsejarían extender su utilización. Su aplicación debería abandonar el repicado sistemático de trabajos descriptivos previos y adoptar una clara orientación hacia la gestión interna de la utilización. De este modo, la labor realizada resultaría menos visible en términos de publicaciones, pero más efectiva en cuanto a resultados de mejora.

Las actuaciones descritas, aunque distan mucho de poder ser consideradas "estructuras y procesos que garanticen la adecuación de la utilización", representan un importante avance en el análisis del uso apropiado de los recursos sanitarios. El reto pendiente es su reconversión en herramientas útiles para la gestión de la adecuación. El problema no es instrumental, si no de voluntad y orientación de las estructuras gestoras hacia una mayor preocupación por la prestación de una asistencia apropiada y de calidad.

2.27.3 DEFINICIÓN DE CRITERIOS Y STANDAR DE CALIDAD

Criterios. Al hablar de criterios estamos definiendo un patrón de aquello que queremos medir. Establecemos así un instrumento de medida y como tal este debe ser VALIDO (tiene que ser capaz de medir aquello para lo que ha sido diseñado), FIABLE (si medimos varias veces lo mismo, los resultados no podrán variar más que entre los límites de fiabilidad que hayamos fijado) y SENSIBLE (si aquello que medimos varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación). Si ya hemos definido qué queremos medir, el segundo problema será decidir sobre la escala de medición a utilizar. Definir una escala es hacer una graduación o categorización de algo que en este caso es lo que queremos medir. Las unidades de medida aquí no son universales; en control de calidad éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada centro. Esta escala puede ser de distintos tipos: nominal o lógica (aceptará únicamente valores de sí o no, o lo que es igual, de 0 ó 1); ordinal (aceptando valores como útil, inútil o poco útil); de intervalo (pudiendo tomar valores como por ejemplo de 1 a 3, de 4 a 6, etc.); y más raras veces podrá ser cuantitativa y continua.

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos:

Según el momento en que se formulan:

Así, tendríamos que si esta formulación es previa a la medición, serían criterios explícitos, mientras que si una vez que hemos recogido un hecho nos planteamos qué es lo que hubiéramos hecho en una situación similar y valoramos esta actuación, estamos formulando criterios implícitos. Los criterios

explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez que los implícitos, por lo que suelen ser más empleados.

Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, estamos hablando de criterios específicos. Por el contrario, si analiza aspectos más amplios del proceso asistencial tendríamos criterios generales. En general, si tratamos de realizar un análisis del proceso asistencial serían más útiles los criterios específicos, mientras que para un análisis de resultados parecen más adecuados los criterios generales.

Cuando fijamos un criterio basándonos en la práctica y en los resultados que previamente han sido obtenidos, estamos estableciendo un criterio EMPIRICO. Si lo hacemos en términos absolutos o teóricos, teniendo en cuenta únicamente aquello que consideramos como la mejor asistencia posible, estamos fijando un criterio IDEAL. Ambos tipos de criterios presentan problemas, pues mientras que los empíricos pueden acarrear cierto conformismo con la realidad, los ideales pueden tener el efecto contrario.

A la hora de enunciar criterios es importante definir bien quién debe hacerlo. En la mayor parte de los casos han sido los profesionales sanitarios los protagonistas de la elaboración de criterios. Sin embargo, cuando estos criterios, como suele ser frecuente, impliquen la actividad de más de un profesional debe ser un pequeño grupo con composición pluridisciplinaria el que llegue a un consenso sobre la definición de los mismos. Tras este paso, sería conveniente someterlos a la opinión del resto de las personas del servicio o institución al que vayan dirigidos. Otras características o condiciones mínimas que se le deben exigir a un criterio son: simplicidad (detallados y precisos), aceptabilidad (basados en un acuerdo general para que sean valorados y aceptados por todos como una buena asistencia), universalidad, que sean limitados a un número esencial, adaptables a los recursos de los profesionales

y pacientes y actualizados. Al enunciar los criterios debe hacerse paralelamente al enunciado de las excepciones a los mismos, que serían las alternativas que aun no cumpliendo el criterio, serían aceptables.

Estándar. Como ya hemos dicho, serían aquellos valores que toma un criterio y que actúan como límite entre lo aceptable y lo inaceptable²⁷. Los estándares, al igual que los criterios, pueden ser IDEALES o EMPÍRICOS. A su vez, los estándar ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Mientras que los estándar ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 ó 1 o frecuencias del 100 % o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias intermedias que estarían basadas en los resultados de los mejores hospitales u opiniones de expertos. Los estándar empíricos suelen ser promedios de resultados obtenidos desde estadísticas o encuestas de centros similares Al igual que con los criterios, al decidirse por emplear estándar empíricos o ideales.

2.28 Breve descripción del servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila.

El Servicio de Neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila. De la ciudad de Tulcán provincia del Carchi es una área que se caracteriza por dar atención especializada al recién nacido normal, así como al recién nacido prematuro y al recién nacido gravemente infectado.

Este servicio tiene cubículos para atención de neonatos la cual se divide en una sala de cuidados intermedios neonatales, área de neonatos saludables. se cuenta con 5 incubadoras y con 12 termo cunas y 2 áreas de equipos radiantes.

A su ingreso encontramos un área de lavado de manos un espacio muy pequeño para el número de personal que trabaja en el servicio mencionado a su ingreso un área de colocación de batas limpias.

Seguidamente la estación de enfermería esta se encuentra ubicada en la mitad del área séptica y el área limpia este servicio también cuenta con un área de cocina donde se realiza la preparación de la leche fórmula de los neonatos y otros procedimientos. El servicio de neonatología en lo que a recursos humanos está formado por 13 profesionales de Enfermería y 2 auxiliares de Enfermería las cuales cumplen turnos en la mañana tarde jornadas enteras y sus respectivas veladas en cada turno se trabaja entre tres personas y el trabajo se divide según la gravedad de los neonatos quedando así una licenciada de Enfermería encargada en el área séptica y área limpia y una licenciada encargada del área de alojamiento conjunto si se presentaran casos de neonatos graves las dos licenciadas se quedan a cargo y al auxiliar se la deja a cargo de e área de alojamiento conjunto evidenciando así que se necesita más personal para los diferentes turnos en este servicio debido a la demanda de pacientes . Es importante destacar el manejo multidisciplinario del Gineceo-Obstetra y del Pediatra Neonatología, los mismos que conocen los progresos y las diferentes circunstancias que afectan tanto al feto como al neonato durante su desarrollo y posterior nacimiento.

2.29 Breve historia de la Evolución en el ámbito de los servicios de salud

En el terreno sanitario, la trayectoria ha tenido diferentes etapas, aunque relacionadas con la evolución de la empresa. Los antecedentes más cualificados en la utilización de técnicas de control de las actividades y de los resultados se inician con algunos de los trabajos de Florence Nightingale acerca de las medidas eficaces en la atención sanitaria, por medio de sus estudios sobre estadísticas hospitalarias (utilización, días de estancia) y tasas de morbimortalidad, comenzadas en el año 1854. Tales estudios constituyeron durante años la Base de muchos de los sistemas de medida implantados posteriormente.

A partir de los años 60, diversos métodos y organismos de control de la calidad, fundados en los trabajos de Avedis Donabedian, a quien se le puede considerar con toda justicia el “padre” de la aplicación de la ciencia al estudio de la calidad de la atención sanitaria, al publicar en 1966 su primer texto sobre este tema.

En enfermería, las investigadoras estadounidenses y canadienses quienes inician los estudios sobre la calidad de los cuidados, destacando en su comienzo los trabajos de Phaneuf, que desarrolla un método de auditoría de enfermería; así como de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que publica en 1973 sus Normas de garantía de la calidad de los cuidados de enfermería y de la Orden de Enfermeras de Quebec que, bajo la dirección de Monique Chagnon, elabora el Método de valoración de la calidad de los cuidados enfermeros, con amplia difusión entre las enfermeras de todo el mundo.

Tabla 1. Los aspectos de la evolución del concepto de calidad	
Desde	Hasta
La consideración del resultado en el producto final	La presencia en todas las actividades
La responsabilidad principal del controlador o del departamento de producción	El compromiso coordinado en todas las áreas
Su enfoque para solucionar problemas	La orientación para conseguir ventajas competitivas
Su consideración centrada en el operador	Estar guiada y promovida por la dirección
Ser un programa concreto o la utilización de ciertas técnicas de control	La visión como un proceso de mejora continua a largo plazo
Su evaluación a partir de planteamientos generados internamente en la organización	Ser evaluada fundamentalmente desde el punto de vista del cliente o usuario, tendente a satisfacer sus deseos

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería.

2.30 Quien es el paciente.

Es un individuo que tiene necesidades y derechos al igual que su familia; el personal de salud sabe todo lo que el paciente necesita para su comodidad y bienestar, en ocasiones no se logra satisfacer estas esperanzas en el enfermo. El regresar a un hospital significa algo diferente para cada individuo que varía de acuerdo a experiencias y circunstancias que le llevan a este sitio. Todos los pacientes en general llegan nerviosos e inquietos debido al desconocimiento de ese entorno nuevo en el que va a tener que pasar por horas o aun días dependiendo de la gravedad de la patología que les aqueja. Nuca están completamente seguros de los que significante la internación en determinado servicio y de cuales sean los resultados. Los familiares pueden ayudar a menudo describiendo las preferencias de este, sus hábitos y sus inquietudes especiales. El paciente que ha estado enfermo por mucho tiempo se siente a menudo solo y que esta demás: Un periodo durante el que siente que la enfermera se dedica exclusivamente a atenderle a su persona, contribuye a que el día brille para el individuo que acaba de ser víctima de algún tipo de incapacitación permanente, necesita rehabilitación física y medidas especiales de protección. Resulta muy difícil tratar su depresión y ayudarle a salir de ello. Sus problemas de readaptación y aceptación son con muchas frecuencias graves y muy difíciles de superarlas.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

2.30.1 Derechos Del Paciente

2.30.2 Atención Adecuada

1. La gente tiene derecho a esperar que el personal de salud estén preparados para ejercer su profesión y anticipar que estas personas pondrán todos sus conocimientos, su buen criterio y su capacidad en prescindir la atención requerida y en llevarla acabo.
2. Tiene derecho a esperar que el enfermo tenga libertad de elegir de ayudar a que se tomen decisiones y a planear su cuidado.
3. A esperar que cada cosa que se haga para el enfermo le sea interpretada; que es libre de hacer preguntas y que deben ser contestadas con honestidad.
4. El paciente y su familia tienen derecho a esperar que se les tratara con respeto, consideración y comprensión, el paciente espera que el personal sea comprensivo y ayude al igual que a su familia a sentirse a gusto en el ambiente hospitalario haciendo todo lo posible en vista de la comodidad del paciente, el dolor y las molestias sean atendidas inmediatamente inspeccionando al paciente en busca de algún signo y síntoma de anormalidad que nos dará una señal de mejora o que habrá necesidad de cambiar de medicamentos utilizados en el tratamiento de su patología. El personal es capaz de sentir una comprensión simpatizante. No. deja nunca de mostrarse amable ni de hacer todo lo que esté en su poder para ayudar en alguna forma.

2.30.3 Información Suficiente, Clara, Oportuna Y Veraz

La libertad de elección o de autodeterminación es un derecho humano básico, que se conserva intacto en caso de enfermedad. Pero para poder decir, hay que estar informado, por lo que cualquier persona objeto de asistencia sanitaria tiene derecho a conocer detalladamente todos los aspectos relativos a su salud, a los tratamientos previstos, las personas responsables de los mismos, los posibles riesgos la evaluación previsible de la enfermedad.

En consecuencia, cada uno de los profesionales que intervengan en su cuidado tiene el deber de transmitir la información correspondiente a su ámbito de actuación y de obtener el acuerdo del paciente para la instauración de las medidas previstas.

2.30.4 Consentimiento Para Procedimientos De Riesgo.

El código de ética y deontología médica, en su Artículo 10, apartado 1, dice que: Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin. La información debe darse en términos que pueda entender el paciente. Es decir, se debe informar al paciente de forma simple, aproximativa, leal e inteligible, de todas aquellas circunstancias que puedan influir razonablemente en la decisión de éste, de forma que tras un conocimiento exacto de la situación en que se encuentra, disponiendo de un balance de riesgos beneficios de las alternativas terapéuticas existentes, pueda adoptar libremente la decisión que crea más oportuna. Esta información debe facilitarse al paciente y también debe informarse a los familiares salvo prohibición expresa del interesado, aunque este aspecto es discutible.

2.30.5 Ser Tratado Con Confidencialidad

Es el derecho a esperar que toda la información generada en el proceso asistencial sea confidencial está recogido en los códigos deontológicos tradicionales de los profesionales de salud, en los que se determina claramente que los datos relativos a la atención de un paciente pueden ser compartidos con las personas implicadas en su cuidado. Ahora bien, en la práctica cotidiana,

este derecho puede entrar en contradicción con otros o con determinadas responsabilidades del personal de salud, como alguien sometido a los malos tratos (más frecuente, en mujeres, niños y ancianos), o como ocurrirá en el caso de mantener el secreto profesional ocasionara un riesgo claro e inmediato para el bienestar de los demás (por ejemplo, enfermedades infectocontagiosas graves, como el SIDA). En estas situaciones y en otras similares el profesional de salud deberá comentar el problema con el equipo asistencial, someterlo, si procede, a la consideración del comité ético de la institución en la que trabaje y, en última instancia, regirse por la legislación vigente en su país.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería"

2.30.6 Planeación De Atención Al Paciente

Para una atención eficaz debe estar cuidadosamente planeada basándose en necesidades personales y el plan debe seguirse consecuentemente por todo el personal de salud. La apreciación de las necesidades del paciente empieza, después de la admisión en la unidad luego de conocer su diagnóstico y su estado debe asignar a su cuarto o con cuales pacientes va a colocar al recién llegado. Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería"

2.30.6 Contar Con Un Expediente Clínico

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica. La principal función de la historia clínica es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la

planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera. Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento y con letra legible. En la mayoría de hospitales, la conservación de la historia clínica es responsabilidad del departamento de Documentación Médica quién se responsabiliza de su custodia, de dictar normas sobre el contenido y forma de realizar la historia, así como de establecer las normas para el acceso de los profesionales sanitarios a dicha información. En la mayoría de hospitales la conservación de las historias clínicas se realiza mediante un Archivo central para todo el hospital. El departamento de Documentación Médica debe establecer asimismo sistemas de recuperación de la información eficientes mediante sistemas eficaces de localización de las historias y sistemas de codificación de la información más relevante: diagnósticos, procedimientos.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

2.31 Que quiere el paciente

En primer lugar, la gente tiene derecho a esperar que el personal de salud estén preparados para ejercer su profesión y a anticipar que estas personas podrán todos sus conocimientos, su buen criterio y su capacidad en prescindir la atención requerida y en llevarla a cabo. En segundo lugar tiene derecho a esperar que el enfermo tenga libertad de elegir de ayudar a que se tomen decisiones y a planear su cuidado. Tercero tienen derecho a esperar que cada cosa que se haga para el enfermo le sea interpretada; que es libre de hacer preguntas y que deben ser contestadas con honestidad. En cuarto lugar

el paciente y su familia tienen derecho a esperar que se les tratara con respeto, consideración y comprensión. El paciente espera que el personal sea comprensivo y ayude al igual que a su familia a sentirse a gusto en el ambiente hospitalario haciendo todo lo posible en vista de la comodidad del paciente, el dolor y las molestias sean atendidas inmediatamente inspeccionando al paciente en busca de algún signo y síntoma de anormalidad que nos dará una señal de mejora o que habrá necesidad de cambiar de medicamentos utilizados en el tratamiento de su patología. La enfermera es capaz de sentir una comprensión simpatizante. No. deja nunca de mostrarse amable ni de hacer todo lo que estén su poder para ayudar en alguna forma. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas.

Indicadores básicos 2001

2.31.1 Necesidades Y Aspiraciones Del Paciente

Cada institución de salud necesita definir cuál es el sector de la población que va a tender cuáles son sus características, necesidades y expectativas, para saber qué servicios ofrecer y como va a ofrecerlos. Dichas necesidades y expectativas del usuario se dan a conocer a través del lenguaje verbal o no verbal, (encuestas, sugerencias, observaciones). La evaluación de la satisfacción del usuario, como una medida de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales, económica que separan al profesional y a los propios centros de salud de sus usuarios. La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, condiciones físicas del servicio, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema

presentado. Se ha encontrado que los usuarios/as de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía. Para ello debe establecerse de manera sistematizadas estudios que evalúen la satisfacción del usuario y la prestación. Además garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población y aportar dentro de las políticas programas de mejora continua de la calidad

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.31.2 Lo Que El Paciente Espera Del Personal De Salud.

El enfermo espera que el personal de salud tenga gran pericia y habilidad en su trabajo

- El paciente espera que tengan seriedad en sus valores, apreciara que sea amable y que tenga humor, pero solo en ocasión adecuada, y si no pierda la seriedad respeto a los que hace.
- Los pacientes esperan que el personal de salud sea consciente, comprensivo y que los acepte como son, Independientemente del estado físico o mental de su raza, color o su confesión religiosa.
- Se le llama por su nombre y no por el número de cama o sala, Cuando los enfermos no pueden cuidarse por sí mismos esperan que les atiendan y ayuden. Los pacientes esperan que la enfermera respete y asegure su intimidad Que tenga capacidad de escucharlo y creer lo que dice. Que explique las medidas asistenciales y a los tratamientos a los que se someterá Tome en consideración sus sugerencias respecto a la atención que recibirá.
- A pesar de que los enfermos conocen como anticipación algunos procedimientos del hospital, esperan que se hagan excepciones

razonables y justas cuando sea necesario, para atender satisfactoriamente su necesidad.

2.31.3 Planeación De Atención Al Paciente

Para una atención eficaz debe estar cuidadosamente planeada basándose en necesidades personales y el plan debe seguirse consecuentemente por todo el personal de salud. La apreciación de las necesidades del paciente empieza, después de la admisión en la unidad luego de conocer su diagnóstico y su estado debe asignar a su cuarto o con cuales pacientes va a colocar al recién llegado.

2.31.4 Objetivos De Atención Al Paciente

La atención diaria debería formar parte de un plan a largo plazo este plan se revisa a medida del cambio del paciente y el seguimiento de nuevas necesidades. El plan de atención se basa en objetivos estos están definidos claramente. Los objetivos deben formularse en forma sencilla y ser claros para todos los que tienen a su cargo la atención del paciente; reconociendo así la enfermera los signos que indican que los objetivos se estén cumpliendo.

2.31.5 Áreas De Responsabilidad De La Atención De Pacientes

La responsabilidad corre a cargo de la enfermera. Medidas de comodidad, medidas terapéuticas o de rehabilitación, medidas de protección y prevención, apoyo, enseñanza, etc. Cuando la enfermera ha llegado a conocer bien al paciente, ha fijado los objetivos deseados de su atención los cuidados que le mantienen cómodo y seguro, el trato personal que le satisface y se obtiene respuestas favorables de su parte.

2.31.6 Medidas de comodidad

Muchas de las medidas de atención contribuyen a la comodidad de los pacientes, la enfermera tiene que ser creativa y saber importunar determinadas situaciones a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Cambiar de posición de la manera menos dolorosa posible al paciente que tiene áreas externas desprovistas de piel. Decide no mostrar molestia alguna, en presencia de olores, aspectos y hábitos desagradables. La enfermera dispone las cosas de manera que al paciente que le guste estar prevenido de antemano de nuevos procedimientos se le avise con 20 o 30 minutos antes del procedimiento.

2.31.7 Medidas Terapéuticas Y De Rehabilitación

El personal de salud concibe y planea estas medidas de modo que satisfagan las necesidades del paciente y conllevar a la recuperación de la salud ya que pueden ser medidas complementarias en la recuperación de la salud ya que tienen que seguirse conjuntamente para obtener los resultados.

2.31.8 Apoyo

Las medidas para enfrentar al paciente abatido que siente soledad y tiene miedo se basa fundamentalmente en tranquilizarle y animarle "la enfermera es la encargada de planear para conseguir la tranquilidad, haciendo que todo el mundo adopte frente a una manera tranquila amable, animadora, que traten de entablar conversación, con el propósito de distraerle de sus preocupaciones". Además el plan prevé que las enfermeras asignadas al paciente se tomen tiempo suficiente de su atención general para que el paciente se sienta con libertad de expresar sus sentimientos, si acaso desea hacerlo.

2.31.9 Enseñanza

Cuando la enfermera va conociendo mejor al paciente y que su necesidad de aleccionamiento en materia de atención se hace evidente, se establece planes

en virtud reciba la instrucción necesaria, en una forma que esté dispuesto aceptar, ayudándole a decidir lo que necesita. El personal de salud deberá tomar en cuenta a los olvidados ancianos o que no comprendan totalmente siendo necesario repetir las instrucciones y la retroalimentación. La hospitalización proporciona al enfermo la oportunidad de obtener información sobre una cantidad de asuntos que siempre tenía dudas relacionadas con la salud y que no están necesariamente asociados a su enfermedad o su estado actual, Todo profesional tiene la obligación de estimular el interés por la salud y crear oportunidades de enseñanza a sus enfermos. El objetivo del hospital no es únicamente curar, sino prevenir la enfermedad y fomentar la salud.

2.31.10 Empleo De La Comunicación.

La comunicación puede ser verbal o no verbal. La primera utiliza palabras e incluye el lenguaje, la escritura y la lectura. La comunicación no verbal, es el intercambio de información sin el empleo de palabras y es justamente con la que nos expresamos, influyendo la expresión facial, el movimiento corporal, el tono de la voz, la gesticulación y otros elementos. También se considera el llanto, la risa y los quejidos, que no utilizan palabras u otros signos cualquier persona tienen menor control de su comunicación no verbal que de la verbal. Podemos utilizar las palabras con gran cuidado, pero es difícil una expresión facial. Los sentimientos a veces se comunican con mayor exactitud por medios no verbales. Por ejemplo, la persona puede decir que no se siente sola, pero la expresión de su cara la forma en que se desplaza y el tono de su voz denota soledad.

2.31.11 Cómo Califica El Usuario Externo A Un Servicio De Salud

Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia.

El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario. Evaluar la calidad de atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociadas en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficie a las organizaciones que otorgan los servicios de salud a los prestadores directos y a los usuarios en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de Calidad de los servicios y ofrece beneficios acostó relativamente bajos. Es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar las quejas de los pacientes descontentos, minimizar los daños a la organización como es el caso de las demandas legales así como es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de atención mediante establecimientos de estándares de desempeño, esto a pesar de existencias de dudas sobre los aspectos técnicos de la atención. En las últimas décadas han involucrado los métodos para monitorizar, inspeccionar y evaluar la atención clínica. EL enfoque cambió de la anatomía médica a la garantía de la calidad y de ahí, al Mejoramiento de calidad y la gerencia para la calidad total.

2.32 Niveles De Satisfacción En Salud

2.32.1 Calidad De Atención

Se considera calidad de atención en salud cuando se logra un fin, que es satisfacer las necesidades de los pacientes. Aquellos que no lo logra, no se

consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de una casa de salud, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más.

2.32.2 Definición de Calidad

Calidad en atención sanitaria, es el conjunto de características técnico científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provee a los beneficiarios; este cumplimiento de la calidad de atención tiene como objetivo satisfacer las necesidades y los requerimientos del usuario.

“Se entiende por calidad de atención, el servicio que reúne los requisitos establecidos y, dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las necesidades de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto

favorable en la salud”. La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que este puede o espera. No solamente hay que satisfacer las expectativas del usuario, sino que hay que darle más de lo esperado. Hay que cumplir plenamente con sus necesidades. No se puede discutir que el aspecto técnico es indispensable como característica principal de la prestación y que es sumamente valorada por ambas partes (paciente y profesional), pero la subjetividad del juicio del enfermo y también de sus familiares, es muy importante sobre la valoración de la calidad de los servicios prestados. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.32.3 Calidad En Salud

Se considera calidad en salud cuando se logra un fin, que es satisfacer las necesidades de los pacientes. Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de una casa de salud, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, ya que lo que para una

persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”.

La calidad de atención es el concepto clave para los servicios de salud y la OMS la define como:

✓ Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos ✓

Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.

2.32.4 Calidad Técnica

Es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores etc.) con su cosmovisión y Formación académica.

2.32.5 Calidad Sentida

Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. De esta manera calidad es el cumplimiento de las normas técnica y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios que correspondería a la calidad Total. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico.

Calidad Total = Calidad de atención + Calidad de servicio

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas.

INDICADORES BÁSICOS 2001

2.32.6 Calidad Total

Es una filosofía empresarial que utiliza un conjunto de principios, de estrategias globales, que intenta movilizar a una institución de salud con el fin de obtener una mejor satisfacción del usuario al menor costo posible. Conformando así una estrategia de cambio en la organización y un modelo de gestión" Se apoya en tres pilares:

- ✓ Orientaciones al cliente externo, basada en el conocimiento de los usuarios y sus necesidades y en diseño y producción de los productos que la satisfagan
- ✓ Liderazgo en costo de producción, fundamentado en la correcta realización de todas las actividades con el objetivo "cero defectos" como estándar de calidad.
- ✓ Orientación al cliente interno, cimienta en la motivación participación y formación de trabajadores, y el servicio al usuario interno. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentida de los usuarios.

2.32.6 Circulo Vicioso De La Falta De Calidad

- ✓ Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios. La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se empresa en bajo rendimiento institucional.
- ✓ El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- ✓ La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que

tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.

2.32.7 Elementos De La Calidad De Atención

2.32.8 Disponibilidad Y Oferta De Insumos

Calidad del servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del paciente.

2.32.9 Información Al Usuario

El primer paso al atender a un usuario es escucharlo para determinar cuáles son sus deseos, necesidades y darle la información necesaria, estas siempre debe ser concreta y precisa para que el usuario entienda sobre su situación de salud.

2.32.10 Capacidad Técnica Del Prestador De Servicio

Entendiendo que la capacidad técnica abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios, en este caso la enfermera, auxiliar, médicos, y otros de deben tener para proveer los servicios de salud.

2.32.11 Relaciones Interpersonales Con El Usuario.

Este elemento se verifica en la dimensión personal del servicio. Los usuarios deben sentirse bien tratados por todas las personas con las cuales interactúa durante su permanencia en el servicio de salud.

La práctica de una buena relación interpersonal incrementará el nivel de satisfacción, y atraerá a un número mayor de usuarios.

2.32.12 Mecanismos De Seguimiento Al Usuario.

Los programas de salud tendrán éxito si establecen mecanismos de seguimiento, a fin de mantener el contacto con el usuario después de la Consulta inicial.

2.32.13 Como Mejorar La Calidad De Atención

Supone la creación organizada de un cambio ventajoso, no sólo es eliminar los fallos esporádicos de mala calidad de los objetos de control, sino un proceso planificado y continuo de búsqueda de perfeccionamiento. Por lo que en materia de calidad, muchos hospitales y clínicas (públicas y privadas), han mejorado instalaciones y equipos para poder prestar un mejor servicio, pero también es cierto que en muchas ocasiones, no es suficiente para mejorarla, debido a la actitud del personal por el trato con los pacientes, deja mucho que desear, por lo que el impacto en la mejora de la calidad de los servicios, se ve opacada por la actitud del personal que presta dichos servicios. Y es que en muchos de los casos al usuario, sólo se le ve como un número de paciente más al que hay que atender. "Siendo el factor humano donde todo esfuerzo de calidad progresa o se detiene; los programas de calidad en los servicios de salud deben redoblar esfuerzos para que el personal asimile y asuma la cultura de calidad que tanto se necesita para la atención de los pacientes., porque de poco o nada sirven los mejores conocimientos con las mejores habilidades técnico-profesionales utilizando los mejores equipos y tecnologías con los mejores procesos, sí se desconoce al paciente como el principal elemento y la razón de ser del ejercicio medico clínico." Para lograr alcanzar un buen nivel de calidad de atención se debe seguir

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

El siguiente proceso:

- ✓ Infraestructura necesaria
- ✓ Identificar necesidades concretas
- ✓ Formar equipos de trabajo
- ✓ Proporcionar los recursos, la formación y motivación que propicien el diagnóstico de las causas de la ausencia o baja calidad existente.
- ✓ Establecer una acción correctora y nuevos controles.

2.32.14 Garantía De La Calidad

Es un sistema de aseguramiento de la calidad, un conjunto de acciones planificadas y sistematizadas por la empresa, dirigidas a asegurar que la calidad producida satisfaga las necesidades del consumidor. Debe ejecutarse en diversas modalidades de auditoria de calidad, si se ejecuta fielmente, refleja la situación de calidad de la empresa y que el sistema de calidad se cumpla realmente. Los datos obtenidos de auditoria se discuten y son llevados a la dirección, que es la encargada de examinar los resultados, para implementar medidas correctivas y establecer normas de vigilancia para garantizar el cumplimiento de las medidas adoptadas.

2.3.1.5 Parámetros De Calidad De Atención

La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin dissociar sus componentes. Prevalece la impresión de un conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción. En un servicio de salud, se consideran parámetros de calidad a:

- Puntualidad
- Presentación del personal
- Cortesía, amabilidad, respeto,
- Trato humano,
- Diligencia para utilizar medios diagnósticos.
- Agilidad para identificar el

- problema ○ Efectividad en los procedimientos
- Comunicación con el usuario y la familia
- Interpretación adecuada del estado de ánimo de los usuarios
- Capacidad profesional
- Ética
- Equidad
- Presentación física de las instalaciones
- Educación continua a personal del servicio y a usuario.

2.32.15 Dimensiones De La Calidad

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del paciente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa. Las ocho dimensiones que consideramos en detalle a continuación son el producto de varias monografías sobre calidad. Las mismas constituyen una síntesis de ideas de varios peritos en materia de garantía de calidad. Consideramos que se trata de dimensiones que son particularmente importantes en el medio de los países en desarrollo. Sin embargo, cabe destacarse que no todas las ocho dimensiones merecen la misma importancia en cada programa, sino que tienen que considerarse a la luz de programas específicos y definirse dentro del contexto de las realidades locales. Estas dimensiones de calidad sirven para

utilizarse en los servicios de salud que se prestan a los pacientes, así como en los servicios prestados al personal auxiliar de salud.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.32.16 Competencia Profesional

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real).

La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. Por ejemplo, la forma como una recepcionista responde a las solicitudes de información es un aspecto de la

competencia profesional en ese puesto, mientras que la persona encargada de la farmacia tiene que poseer competencia en logística y control del inventario. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

2.32.17 Acceso A Los Servicios

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos. Por ejemplo, la carencia de clínicas vespertinas puede presentar una barrera organizacional para los trabajadores diurnos. En una sociedad en la que las personas no pueden viajar con facilidad al centro de salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina puede crear un problema de acceso. El acceso lingüístico implica que los servicios se

presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

2.32.18 Eficacia

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados?

¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales.

Cuando determinan qué normas deben aplicarse en una situación dada, hay que tener en cuenta los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico. Por ejemplo, en una población con un alto número de embarazos de alto riesgo, la utilización más frecuente del procedimiento de cesárea puede estar justificada, pese a los riesgos asociados. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.32.19 Satisfacción del cliente

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Por ejemplo, si no se trata bien al paciente, es probable que éste no atienda las recomendaciones formuladas por el miembro del grupo de salud, o que no obtenga la atención necesaria en el futuro a raíz de que se siente incómodo por la forma en que fuera tratado. Por ende, los problemas de la dimensión de satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

2.32.20 Eficiencia

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e

incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales. Algunas mejoras cuestan dinero. Por medio de un análisis de eficiencia los directivos del programa de salud pueden determinar la manera más eficaz en función del costo de utilizar recursos adicionales.

2.32.20 Continuidad

La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el usuario debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los usuarios visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de proveedores anteriores.

La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir la calidad de satisfacción del cliente y disminuir la eficiencia de la atención.

2.32.21 Seguridad

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. Por ejemplo, la seguridad es un aspecto importante de la calidad con respecto a las transfusiones de sangre, pero particularmente desde el advenimiento del SIDA. Los pacientes deben estar protegidos contra las infecciones y los trabajadores de salud que manejan sangre y jeringas también deben protegerse fijando y utilizando procedimientos seguros. Otros aspectos de seguridad relacionados con las transfusiones de sangre comprenden las condiciones asépticas y la técnica para efectuar la transfusión. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.32.22 Comodidades

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen el paciente y la confianza que

siente con relación a otros aspectos del servicio o producto. Además, cuando se considera la recuperación de costos, las comodidades pueden servir para que los pacientes estén más dispuestos a pagar por los servicios. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad. Como por ejemplo, una sala de espera que es confortable tiene asientos cómodos y una decoración agradable; baños limpios y de fácil acceso y salas de consulta que proporcionan privacidad. Todos estos representan algunas comodidades que pueden ser importantes para los pacientes. Otras comodidades pueden incluir las características que tornan la espera más placentera, como por ejemplo música, videos educativos y materiales de lectura. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de muchos países en desarrollo, no obstante, son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

2.32.23 Calidez

Se define como:

- ✓ Empatía (interés, comprensión, accesibilidad)
- ✓ Respeto (consideración)
- ✓ Gentileza (cortesía, urbanidad y amabilidad)
- ✓ Afectuosidad
- ✓ Dignidad

2.33.1 Practica De Valores En La Calidez

Es importante definir el componente axiología:

Axiología.- provienen del griego axio (valioso o estimable) y logos (tratado) La axiología es una disciplina dentro de la filosofía, es aquella que representa el

estudio de la naturaleza y criterio de valores, tanto en sus aspecto positivos como negativos y juicios de valor El enfoque principal de la axiología es la sociedad y sus valores. Dos extensiones de la axiología son la ética y fa estética, los valores pueden ser objetivos o subjetivos.

Ejemplo. Valores Objetivos incluye el bien, la verdad o la belleza siendo finalidades Ellos mismos Valores Subjetivos cuando estos representan un medio de llegar a un fin, caracterizados por un deseo personal.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

2.33.2 Valores Y La Moralidad

Es muy importante saber que la formación de los valores está influida por los padres, amistades, la escuela, la sociedad y la religión. Esas personas e instituciones nos ayudan a determinar lo que consideramos bueno y malo.

Debemos tratar a los demás como queremos que nos traten a nosotros.

Si de veras amamos a las personas, las trataremos con respeto.

Buscaremos lo mejor para ellas y tus ayudaremos a tener éxito en todo lo que hagan.

2.34 Valores

Un valor es un principio importante. La moral abarca “los principios del Bien y del mal” los valores y la moralidad están entretnejidos de modo inexplicable. La conducta moral es una manifestación de nuestros valores Es el conjunto de valores individuales, sociales, religiosos, culturales, políticos, económicos o de otro tipo que defiende y práctica una determinada sociedad.

Es importante destacar que los valores son pautas o abstracciones que orientan las acciones de los seres humanos. Cuando los individuos "dicen" defender determinados valores, pero "practican" otra cosa, simplemente conforman una fuerza o "doble moralidad" social.

Alguno de los valores que considerarnos de mayor interés son:

2.34.1 Autodominio

Es un valor que nos ayuda a controlar los impulsos de nuestro carácter y la tendencia y la comodidad mediante la voluntad. Nos estimula a afrontar con serenidad los contratiempos y a tener paciencia y comprensión en nuestra vida cotidiana. Debe comprenderse como una actitud que nos impulsa a cambiar positivamente nuestra personalidad. "Debemos cambiar nuestras disposiciones en sentido positivo: "en lugar de molestarme por la lentitud de "x" empleado cuyo ritmo de trabajo es así, ahora no sólo evitaré el disgusto y llamada de atención, procuraré darle un buen consejo que le ayude a mejorar". Lo mismo se aplica para nuestros pacientes, y con las demás personas que nos rodean. Este cambio requiere atención y esfuerzo para anticipar nuestras reacciones .para corregir este mal hábito.

Para iniciar y desarrollar el autodominio, considera como importante

- Aprender a escuchar

Procura no distinguirte por decir disparates, mostrar poca educación o malos modales.

- Evita el deseo de hacer comentarios imprudentes y dar consejos no solicitados, eso es ser entrometido.
- Dedicar unos minutos cada día para reflexionar y elaborar una pequeña lista sobre las situaciones cotidianas que normalmente te disgusten, provocan pereza caes en excesos y aquella en las que tienes responsabilidades.

□ 2.34.2 Puntualidad

El valor de la puntualidad es necesario para adoptar a nuestra personalidad de carácter, orden y eficacia pues al vivir este valor en plenitud estamos en condiciones de realizar más actividades, desempeñar mejor nuestro trabajo, ser merecedores de confianza. Para ser puntual primeramente debemos ser conscientes que toda persona, evento, reunión actividad o cita tienen un grado particular de importancia la impuntualidad es el reflejo del poco respeto, ya no digamos aprecio, que sentimos por las personas, su tiempo y sus actividades. Vivir el valor de la puntualidad es una forma de hacerle a los demás la vida más agradable mejora nuestro orden y nos convierte en personas dignas de confianza.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001.

2.34.3 Atención Humanizada

Si bien es cierto que la tecnología ha traído enormes avances, diagnósticos y terapéuticos a la medicina actual, es preocupante ver como cada día que pasa el personal de salud se aleja más del paciente. Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad en la atención. El acercamiento es mínimo para tocarlo, para observar sus avances o dificultades, para explorar su angustia. Hemos entregado el paciente a la tecnología mecanizada con la gran dificultad de que los aparatos son fríos, indiferentes, incapaces de escudriñar los sentimientos, el alma, del paciente.

Quiéralo o no la persona enferma es presa de su angustia, de desazón, ya que la enfermedad no sólo compromete su parte orgánica sino su estado de ánimo, su espíritu. Representa una impotencia para disponer de sus plenas capacidades físicas y mentales. Por eso al enfermo no se le debe manejar sólo su dolor físico que le trae la enfermedad misma, como por ejemplo una fractura, un infarto, un desgarro muscular, sino su entorno biopsicosocial y

espiritual que padece. De ahí como dice el médico argentino Qrgaz, el hombre es un ser social y ético espiritual de ahí que conocerlo, entenderlo, considerarlo dentro del contexto enfermedad sin desarticular el cuerpo espíritu, es el verdadero sentido de la medicina.

La falta de participación de los pacientes puede resultar problemática; a su vez, como señalan Karen y colaboradores aquel paciente que se involucran activamente en las decisiones, evidencian mejores resultados, tanto en los aspectos psicosociales como en aquellos relacionados con la salud. Pero compartir la responsabilidad de tomar una decisión requiere que el paciente y el profesional tengan una buena comunicación. Desafortunadamente ya sea por los cambios en la tecnología, por los que ha impuesto la reforma de la seguridad social, la crisis actual del sector salud o la rutinización misma de nuestras actividades diarias evitamos el contacto prolongado y el dialogo con el paciente y pero aun caemos en ocasiones en actitudes des obligantes, duras e Irrespetuosas con quienes están depositando en nosotros toda su confianza y debilidad, en momentos de enfermedad. Identificamos los pacientes por número de habitación, por tipo de convenio dejando de lado que, independiente del tipo de su vinculación, la paciente sufra, siente y tiene sus necesidades y expectativas propias. Es probable que estemos dejando reflejar nuestras inconformidades con nosotros mismos, con la institución, con el sistema.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

Sin embargo, independiente de nuestras condiciones, los pacientes al igual que tienen deberes tienen derecho dentro de las cuales está el que se le respete su condición humana. Como conclusión siento que no hay duda de que hay algo fundamental que falla, en la medicina de hoy: frialdad, poco tiempo disponible y en ocasiones irrespeto.

La asistencia plantea un desafío al equipo de salud a la hora de armonizar la efectividad de la ciencia con el humanismo, que no es más que un arte de palabras, sentimientos y actitudes. Es necesario recuperar la calidez humana, retomar el contacto afectivo con el paciente, el que podemos realizar en forma simultánea a la atención sin deteriorar en ningún momento la calidad de la asistencia y sin consumir un minuto más de nuestro tiempo.

El reto es atender a nuestros pacientes como nos gustaría que nos atendieran a nosotros. La amabilidad, la dedicación, la información oportuna y verdadera y, sobre todo, la calidez humana hace una gran diferencia en la calidad de la atención.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería"

2.34 .5 Aplicación De Calidez

- Desde su ingreso el usuario deberá ser recibido con calidez, trato afable y cordial, identificándolo por su nombre y apellido, procurando evitar la referencia a su condición, patología o número de cama.
- El personal de salud también deberá identificarse ante el usuario dándole a conocer su nombre, cargo y función.
- El médico al comunicar al usuario o a sus familiares el diagnóstico clínico lo hará en forma reservada, personalizada, de preferencia en un área destinada a tal fin. La información deberá proporcionarse en forma completa, lenguaje sencillo y claro.
- El médico deberá dar a conocer al usuario o familiares los diferentes alternativas de tratamiento y pronóstico.
- Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería"

2.35 Relaciones Interpersonales

2.35.1 Calidad De Comunicación En Salud

El ser humano es un ser social, o sea, no puede vivir aislado porque dentro de sus necesidades está la de relacionarse con el mundo externo. Para lograr que esta convivencia sea lo más armoniosa posible, deberá aplicar ciertos principios de carácter general y revisar sus actitudes mostrando una constante disposición al cambio si se hace necesario. La finalidad de las relaciones humanas es propiciar la buena convivencia de forma que logremos la comprensión de las demás personas. Es saber que las actitudes del ser humano obedecen a muchas causas, por lo que muchas veces sus actuaciones no responden a su personalidad sino a situaciones que le afectan en ese momento. De ahí la necesidad de ponernos en el lugar del otro y adoptar una actitud de humildad y comprensión.

2.35.2 Tiempo De Escucha

El punto de vista de la gente, sus necesidades y percepciones, generalmente son descuidadas tanto en la organización como en la provisión de los servicios de salud. Las actividades y programas están comúnmente organizados en base al punto de vista de los técnicos antes que en las necesidades y percepciones de la comunidad. Pero, "nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma.

2.35.3 Relación Paciente Profesional De Salud

En la relación médico-paciente, el abordaje de los aspectos psicosociales mejora la satisfacción del paciente y disminuye, la calidad de la comunicación

que se logra, es muy importante producir una satisfacción o insatisfacción por parte del paciente; en el tiempo que un médico dedica a escuchar a los pacientes influye también sobre la percepción de la gente de su capacidad diagnóstica.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.36 Diseño De Los Servicios

2.36.1 Tiempo De Espera

Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente; Una de las causas de insatisfacción de los pacientes atendidos por el personal de salud es la mala relación que existe entre ellos y el tiempo que transcurre hasta ser atendidos

2.36.2Trato Humano

Los factores principales que hacen parte de la calidad de la relación entre trabajador de salud y paciente en el contexto local son la actitud del personal de salud, en términos de trato brindado por el personal de salud al paciente, y

el nivel de comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes. Durante las entrevistas y las discusiones con la población, el grupo étnico y clase socio-económica del paciente aparecieron como los factores más importantes.

2.36 .3 Asistencia Sanitaria

Hay que destacar el alto grado de satisfacción en relación a la asistencia sanitaria recibida por los pacientes y a la capacidad científico-técnica de los profesionales sanitarios. Consideramos un alto porcentaje el desconocimiento del nombre del médico por parte de los pacientes, la no comprensión de las explicaciones sobre las pruebas diagnósticas que les realizan y sobre la enfermedad que padecen, hechos que no tiene relación con el nivel de estudios de los enfermos.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas.
INDICADORES BÁSICOS 2001

2.36.4 Medio Ambientes

Los hospitales deben tener equipo necesario para brindar a los usuarios confort, comodidad, aireación, temperatura adecuada, el ambiente de las salas debe ser tranquilo, las instalaciones deberían ser mejoradas para no afectar la comodidad y la intimidad de los pacientes.

2.36.5 Privacidad

Muchas de las medidas de atención contribuyen a la comodidad y privacidad de los pacientes, el personal debe ser creativo y saber actuar en determinadas

situaciones a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Cambiar de posición de la manera menos dolorosa posible al paciente que tiene áreas externas desprovistas de piel. Decide no mostrar molestia alguna, en presencia de olores, aspectos y hábitos desagradables. El personal debe comunicar al paciente los respectivos procedimientos a realizar con unos 20 o 30 minutos antes, para que el paciente esté preparado y tenga conocimiento de lo que se le va a realizar.

2.36 .6 Comunicación

La comunicación puede ser verbal o no verbal. La primera utiliza palabras e incluye el lenguaje, la escritura y la lectura. La comunicación no verbal, es el intercambio de información sin el empleo de palabras y es justamente con la que nos expresamos, influyendo la expresión facial, el movimiento corporal, el tono de la voz, la gesticulación y otros elementos.

También se considera el llanto, la risa y los quejidos, que no utilizan palabras u otros signos cualquier persona tienen menor control de su comunicación no verbal que de la verbal. Podemos utilizar las palabras con gran cuidado, pero es difícil una expresión facial. Los sentimientos a veces se comunican con mayor exactitud por medios no verbales. Por ejemplo, la persona puede decir que no se siente sola, pero la expresión de su cara la forma en que se desplaza y el tono de su voz denota soledad.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.37 ATENCIÓN EN SALUD

2.37.1 Definición

La atención en salud está basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Dicha definición enmarca una serie de acciones de salud pública, sean de diagnóstico, prevención, curación y rehabilitación, que deben realizarse desde un nivel primario y local en beneficio de la comunidad. Además, de ser el nivel básico e integrante de cualquier sistema de salud.

2.38. Niveles de atención en salud

Es la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos

2.38.1 I Primer Nivel

La atención primaria es el primer punto de contacto que los servicios de salud proporcionan a los individuos de forma continua, integral, e indiferenciada por edad, género, estado de salud o enfermedad.

- Es el de mayor cobertura pero menor complejidad
- Está representado por las Postas y Estaciones médico rurales, los Consultorios urbanos y rurales y los centros de Salud Familiar.
- Para lograr sus objetivos debe proyectarse a la comunidad con sus recursos, coordinarse con sus organizaciones a fin de lograr actitudes favorables para la salud y hacer que estas se involucren y confíen en el Sistema.
- Su recurso humano lo constituyen entre otros: Médicos y odontólogos generales, enfermeras, nutricionistas, psicólogos, técnicos, paramédicos, etc

2.38.2 Promoción

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente

2.38.3 Importancia de la promoción de salud en la actualidad

Al igual que el resto del mundo, enfrenta el desafío de responder oportuna y eficazmente a las necesidades de salud de su población. En la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida y multi causalidad son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida. Igualmente, los determinantes sociales, como lo corroboran diversos estudios, son parte fundamental del origen y de las potenciales soluciones para enfrentar la dinámica de salud actual. La Reforma de Salud ecuatoriana explicita la relevancia de avanzar hacia un Sistema de

Salud equilibrado, donde la equidad y la Prevención y Promoción son fundamentales. Comprendiendo el concepto de salud integral desde un paradigma Bio sicosocial-ecológico, surgen dos ejes centrales: el rol de la Comunidad en Salud y la Promoción de la Salud como claves multidimensionales para alcanzar real impacto en las condiciones de salud de la población. Múltiple evidencia concluye que es crucial incluir ambos ejes en las intervenciones de salud, en adecuado balance con las acciones de tratamiento y rehabilitación, a través de estrategias integrales e innovadoras. La Promoción de la Salud se considera esencial para alcanzar los objetivos sanitarios nacionales e internacionales.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

2.38.4 Estrategias en la Promoción de Salud

Algunos de los desafíos prioritarios son

- 1) Implementar políticas públicas integrales en Promoción de la Salud. 2) Incorporar adecuadamente el concepto de determinantes sociales en el quehacer de la Promoción.
- 3) Lograr un real trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- 4) Desarrollar estrategias, que se sostengan en el tiempo, donde las comunidades sean las protagonistas.
- 5) Formar adecuadamente a los profesionales que se desempeñan en este ámbito, Desarrollar sistemas de evaluación que permitan dar cuenta del real impacto de estas intervenciones.
- 6) Fortalecer el componente preventivo-promocional en el que hacer del sistema de salud y sus servicios.

La Promoción de la Salud cuenta con varias estrategias centrales para alcanzar sus objetivos. Entre ellas, destacan:

- Abordaje por Contextos - Entornos para Promoción de Salud
- Comunidad y Desarrollo Comunitario
- Trabajo Interdisciplinario e Intersectorial
- Educación en Promoción de Salud
- Comunicación en Promoción de la Salud
- Políticas Públicas Saludables e Inclusión Social

2.38.5 Promoción en Salud Familiar

La Atención Primaria, a la luz de la Carta de Alma Ata (1978) y de las más recientes Declaraciones para el desarrollo de la APS, incorpora la promoción de la Salud como un eje central en su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial. La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar (elemento ya señalado en la Carta de Ottawa, en 1986). Igualmente, la Salud Familiar acoge en sus principios la necesidad y responsabilidad de trabajar con la comunidad en el ámbito de la Promoción de la Salud.

Prevención en salud

Una inadecuada utilización del concepto de prevención, podría ser el centro de múltiples confusiones que en el nivel de nuestras prácticas de salud han estado presentes.

La palabra prevención, del verbo prevenir, es definida como "preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa". Queda claro entonces que al utilizar este término nos referimos a una acción de carácter anticipatorio. Pero tendríamos que preguntarnos, lógicamente y este sería uno de los primeros "peligros", ¿a qué nos anticipamos? Si es anticiparnos al peligro, o si es anticiparnos a que las cosas puedan ser mejor de lo que son. Puede incluso que la anticipación sea tan solo

un alerta. Este aparente juego de palabras lo considero esencial en el análisis posterior que sobre las prácticas de prevención en salud realizaré, toda vez que la representación científica de un término en lo que a su contenido personal se refiere no está del todo desvinculada a la representación natural del portador acrítico. La prevención como concepto tiene sus límites, los límites de la lógica y de lo natural. Tampoco "vivir es para morir". Se pueden llegar a prevenir cosas absurdas para evitar "peligros" para nuestra vida, o ya introduciendo otro debatido término, para lograr una adecuada salud.

La "perversión" de la prevención, también podemos referirla a la interpretación de múltiples acciones, que sin una adecuada sistematicidad y rigor se pueden calificar como preventivas, dándole una ilegitimidad al concepto que le hace perder su valor. Llega entonces a ser tan indefinido y diluido, que impide el reconocimiento y le resta científicidad a las prácticas de prevención. En los últimos años las definiciones de las Políticas de Salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de Prevención. Estas han sido definidas sobre todo "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias. Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención". "Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida. La Prevención en el campo de la Salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción

de un Sistema de Salud. Un Sistema de Salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure.

Es más eficaz desde el punto de vista social socialmente no es lo mismo una sociedad con avances cualitativos y cuantitativos en lo que a indicadores de salud se refiere, lo cual implica un bienestar de sus miembros y un mayor desarrollo socioeconómico. Es más eficaz económicamente - curar implica la inversión de una mayor cantidad de recursos económicos, de mayores gastos. Lo más importante es que es más eficaz porque, como se señala en el campo específico de las acciones profesionales del psicólogo, la prevención persigue "la identificación de aquellos factores que permitan promover la salud y la puesta en marcha de diferentes intervenciones, de cara a mantener saludables a las personas" y es precisamente el nivel de salud de las personas el máximo indicador de eficiencia de un sistema de salud cualquiera. Es difícil pensar en la prevención sin pensar en los cambios imprescindibles de estructura de un Sistema de Salud, pero sobre todo en los cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida, de las epistemologías, filosofías y hasta sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas en las que basan sus acciones. Estos cambios que debieran a nuestro juicio enunciarse en principios generales de las acciones de prevención en salud, serían los que podrían conducir a las tareas de prevención por un camino bien encauzado. Intentemos entonces la valoración en el presente trabajo de al menos uno de los puntos esenciales de discusión en los que debemos trabajar y que pudieran convertirse en posibles principios generales que sirven de sustento a las prácticas de prevención en el campo de la salud. Me estoy refiriendo al punto de partida: a los referentes conceptuales.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.38.6 Protección

La protección de la salud está constituida de diversos financiamientos y opciones organizativas destinadas a proporcionar paquetes con beneficios para la protección de riesgos en la salud (enfermedades o afecciones).

2.38.7 Fomento

El fomento es muy importante para aumentar la concienciación sobre las cuestiones asociadas a la salud y para asegurar que la salud aparezca en las agendas políticas de los gobiernos. El fomento puede conducir a mejoras en la política, en la legislación y en la creación de servicios. Esta extensa área del fomento de la salud representa en cierto sentido un redescubrimiento de antiguos conceptos. Hace nada menos que 3.000 años antes de nuestra era, algunas ciudades del subcontinente indio habían desarrollado ya programas de higiene y salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. Los aspectos esenciales de la salud estaban incorporados a las actividades de la vida diaria, entre ellos, la higiene personal, la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental, alimenticia, tratamiento de enfermedades y dolencias menores.

2.38.8 Tratamiento

En medicina, tratamiento es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Son sinónimos terapia, terapéutico, cura, método curativo.

Segundo Nivel

Corresponde a recuperación lo cual utilizamos los equipos de atención especializada, que realizan su labor a nivel extra hospitalario y en los hospitales. El acceso a los servicios de atención hospitalizada se realiza a instancia de la atención primaria, exceptuándose en todo caso las situaciones de urgencia vital. En cada área de salud hay al menos: Hospitales de referencia, establecimientos que tienen como finalidad principal la prestación de asistencia médica, quirúrgica o medico quirúrgica que requiera su zona de influencia, aunque también prestan atención ambulatoria y urgente.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería

2.39FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN EN SALUD

2.39.1 Sociales

La educación para la salud es fundamental en las sociedades para:

Modificar conductas no saludables.

Promocionar conductas saludables.

Provocar procesos de cambio social.

Los estilos de vida no pueden obviarse a la hora de tomar decisiones sobre la salud de la población.

2.39.2 Culturales

El factor cultural es un influyente en la atención ya que existen personas que no aceptan algunos tratamientos porque su etnia, cultura o religión no lo permiten.

2.40 Tendencias del proceso de la reforma del sector de la salud y su impacto en la calidad de los servicios.

En este documento se citan ejemplos de calidad de atención de salud según sus normas de salud ya establecidas:

2.40.1 ARGENTINA

El sistema argentino se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (pública, privada y de la seguridad social). En 1997, se transfieren los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud Pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización. Impacto positivo: a) proceso de descentralización;

b) establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA) – los efectos pueden facturar a la población con cobertura social, establecimiento de convenios, utilización de los recursos por la venta de los servicios también para incentivar la productividad y eficacia del personal;

c) desregulación de las obras sociales - libre elección de los afiliados;

d) las obras sociales tienen que pagar al sector público los gastos que demandan las prestaciones de servicios a sus asociados y las del Ministerio de Salud llamado Programa Médico Obligatorio (PMO), fiscalización del cumplimiento del PMO. Impacto negativo.

2.40.2BRASIL

A pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS) donde se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay en realidad tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad

social y gobierno) lo que determina la desigualdad de acceso de la población a los diferentes servicios públicos y privados. Impactos positivos:

a) descentralización administrativa y financiera (los municipios conocen y buscan soluciones para los problemas de sus comunidades;

b) participación comunitaria/control social - principio que es más efectivo con la implantación del SUS- a través de los Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales, además de locales); participación de los trabajadores de salud en los consejos incluso representantes de la ANEs y participación de enfermeras en los cargos de secretaria de salud a nivel estatal y municipal.

Impacto negativo:

a) priorización de los servicios básicos de salud con énfasis en programas de determinados sectores, bajas inversiones en los servicios secundarios y terciarios, dificultando los principios de universalidad, equidad e integralidad. b) dificultad para mantenerlo financieramente.

2.40.3 COLOMBIA

La reforma del sector salud se caracteriza por la reducción de los aportes del estado y el incremento de las cotizaciones de los usuarios. La tendencia de la reforma del sector de la salud responde a la agenda propuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y las agendas multilaterales de crédito, las cuales tienen como eje la transferencia de las responsabilidades en materia de salud y educación al sector privado como parte del recorte del gasto público y social. Los procesos de Descentralización y focalización han tenido un impacto significativo en el suministro de los servicios sociales con el consecuente deterioro de las condiciones de salud de los colombianos. La reforma del sector planteó en forma teórica como principios de seguridad social los de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación, pero en la práctica ha sido imposible cumplirlos, entre otras, por las siguientes causas:

- El recorte o el incumplimiento de las obligaciones económicas del gobierno para con el régimen subsidiado de salud, con la consecuente disminución de la cobertura y la inadecuada calidad de los servicios. Impacto negativo:
 - a) descentralización - la disminución del aporte de recursos financieros del estado está llevando a este sector a su crisis más aguda;
 - b) los hospitales no están modernizados y tampoco están preparados para un sistema de competencia abierto, ni para la aplicación del modelo de autogestión para venta directa de servicios.
 - c) colapso total de la red de hospitales públicos;
 - d) pérdida del empleo para miles de trabajadores de la salud, y desprotección de la población y recrudecimiento de enfermedades ya controladas como la tuberculosis y la malaria, aumento de la desnutrición y la enfermedad diarreica aguda.

2.40.4CUBA

El impetuoso desarrollo de la salud pública cubana tanto en extensión como en cobertura ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del estado; cobertura universal; servicios con carácter gratuito; activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral.

El sector de la salud sólo tiene cosas positivas para la población. Sin embargo, en este momento está teniendo dificultades debido al impacto económico derivado de la desintegración del bloque socialista. La difícil situación económica repercute directamente en la carencia de recursos materiales y lesiona a los trabajadores del sector, de lo cual no está exenta la enfermería. Al

devaluarse la moneda nacional, en un momento determinado, se pierde el interés, no hay estímulo para algunos trabajadores del sector y hasta aparece el abandono laboral como fenómeno. **(Armenteros, 1999,)**

2.40.5 EL SALVADOR

Existen cinco (5) propuestas de reforma del Sector de la Salud en proceso de consulta con las instituciones proveedoras de atención, con las diferentes asociaciones gremiales. Después, habrá una consulta a la ciudadanía para la elaboración final de la propuesta.

2.40.6 HONDURAS

La tendencia del proceso de reforma del sector salud es convertir la Secretaría de Salud en un ente regulador.

Impacto en la equidad en los servicios de salud: se están realizando esfuerzos para ampliar la cobertura mediante la entrega de servicios a través de diferentes modalidades.

En el sector privado se prestan servicios a grupos minoritarios de la población utilizando alta tecnología, lo que contribuye a que ésta sea costosa e inaccesible para las mayorías.

2.40.7 MÉXICO

La reforma del sector salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales pobres (paquete básico de servicios).

Impacto: los cambios han representado avances importantes y merecen un amplio apoyo social, pero es necesario que los cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento importante fue la competencia entre los proveedores.

2.40.8 PARAGUAY

La reforma del sector se centra en el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud - valores incorporados: equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, planes y prestadores, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social. El Ministerio de Salud es el órgano máximo de concertación y coordinación sectorial.

a) la participación comunitaria ha experimentado un fuerte impulso por medio del Consejo Nacional de Salud, los consejos regionales y locales.

Impacto negativo:

a) deterioro en las condiciones de trabajo de las diferentes categorías de personal de enfermería;

b) suministro inadecuado de equipos y materiales tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que dificulta la atención libre de riesgo.

Polit, Denise, F. Hungler Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud, 5ta. edición. McGraw Hill Interamericana, Editores, S.A. México, D.F. 2006).

2.40.9 ECUADOR

La reforma del sector salud es esencialmente una propuesta de financiamiento del sector. Las preocupaciones fundamentales de la propuesta son la financiación, el mantenimiento y la sustentabilidad. La gran ausente de la propuesta es la población.

El sistema de aseguramiento universal y salud debe prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las

capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento. Sistemas Descentralizados de Salud y Modelos de Autonomía de Gestión de Servicio. Impacto negativo:

a) los avances registrados no reportan grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios;

b) el acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por el desgobierno de los últimos años.

El impacto negativo del fenómeno de "El niño" y la caída del precio del petróleo en el mercado internacional trajeron como consecuencia en 1999 el déficit de cuentas corrientes, las altas tasas de interés, el aceleramiento del proceso inflacionario, un severo déficit fiscal que en salud representó la disminución del presupuesto, la elevación de los precios de los medicamentos a insumos, paros y huelgas que desestabilizaron el sector.

2.41 SERVICIOS DE SALUD

El surgimiento de los primeros programas de calidad - los programas de credenciamiento de hospitales (Novaes, Paganini, 1994) tuvo lugar a nivel hospitalario. Así, países como Argentina, Brasil, Cuba, Colombia, Honduras, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela afirman contar con estos programas en sus estructuras de gobierno, mientras que se encuentran en proceso de elaboración en El Salvador. Estos programas se centran fundamentalmente en la atención médica, pero algunos de ellos describen también estándares e indicadores de enfermería. No se relatan procesos de acreditación para el primer nivel de atención.

Algunas ANEs refieren la existencia de normas, indicadores y estándares específicos para la enfermería, incluyéndose algunos dentro de programas

generales y otros más específicos. Entre otros, figuran Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Puerto Rico, El Salvador y Guatemala. En su gran mayoría, existen a nivel hospitalario, pero hay algunos en el primer nivel. Colombia informa de la existencia de un sistema obligatorio de garantía de calidad; Brasil y Venezuela dicen que el sistema de aseguramiento ISO 9000 (Internacional Standard Organización) empieza a penetrar en algunas instituciones de salud.

Servicios como los de defensoría (Brasil), auditoría (Brasil y Cuba), comisión médica de arbitraje (México) son ejemplos de experimentos que se suman a los programas de mejora de calidad. Sin embargo, no se puede considerar que estos procesos como instrumentos de evaluación de calidad puedan garantizar la mejora automática de los servicios.

Sólo Brasil informa de la presencia de un código de defensa del consumidor, así como el establecimiento de comités de mortalidad materna, infecciones hospitalarias, y comités de ética sólo son citados por las ANEs como espacio para monitorear la calidad y en los cuales las enfermeras tienen participación directa. Por otra parte, la representación de algunas ANEs está presente en los consejos nacionales de salud y en los consejos estatales, provinciales y municipales (Brasil).

Los proyectos de liderazgo para el cambio, los proyectos de clasificación de la práctica de enfermería son citados por algunas ANEs como instrumentos capaces de mejorar la calidad de la atención de los servicios de enfermería (Colombia, Brasil, Ecuador, México, Venezuela). Algunas presentan proyectos propios para firmar convenios con el Ministerio de Salud y la OPS (Brasil), los cuales están en tramitación.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2001

2.42 INVESTIGACIÓN EN CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El aumento de la demanda de cuidados de enfermería y de su especialización ha ocurrido simultáneamente a las presiones para reducir los costos, lo que significa que las enfermeras tienen que demostrar cada vez más que son necesarias. Esto representa un gran desafío, pues se espera que ellas demuestren su valor a partir de un equilibrio adecuado entre la calidad de los cuidados y la efectividad de sus costos. Por lo tanto, se necesita un esfuerzo vigoroso y conjunto de investigación en esos temas, entre los que se encuentran: la evaluación de la eficiencia de la atención de enfermería y la evaluación de la efectividad de los costos de las intervenciones de enfermería, sin olvidar el costo real de la ineficiencia. (CIE, 1992, 1993).

Algunas ANEs poseen dentro de su estructura de organización un Centro de Investigación en Enfermería, como es el caso de Brasil, Venezuela y México; otros desarrollan investigaciones junto a las Escuelas de Enfermería, pero la mayoría dice no estar realizando investigación alguna sobre el tema de la Calidad de Atención de Enfermería.

Los centros colaboradores en enfermería de la OMS de las regiones no fueron citados por las ANEs, lo que puede significar la necesidad de articularlos con ellas, agregando esfuerzos capaces de proporcionar resultados más eficaces y eficientes en el desarrollo de la enfermería.

Ministerio de Salud pública del Ecuador (2005) "Manual para el control de calidad de enfermería"

2.43 SITUACIÓN LABORAL

Si hablamos de garantía y mejora de la calidad de los servicios de enfermería tenemos que hablar de la calidad de vida de los trabajadores de enfermería que prestan los cuidados, porque la satisfacción de ellos, clientes internos, es

indispensable para la institucionalización de una cultura organizacional que cultive la calidad como valor. La fuerza laboral de enfermería, como es sabido, tiene un predominio de mujeres, la gran mayoría asalariada. Un porcentaje grande es de personal sin ninguna calificación específica, a pesar de que se haya ampliado la formación de enfermeras graduadas y postgraduadas (maestría a incluso programas de doctorado). Esas variables, asociadas a una historia de subordinación al trabajo médico, con poca participación en las esferas de poder y viviendo en una coyuntura de crisis política y económica, ha traído una serie de

Consecuencias a las condiciones de trabajo. El desempleo, subempleo, los sueldos bajos, las jornadas de trabajo muy extensas, el éxodo de la profesión, los ambientes de trabajo insalubres y otros problemas similares

Son relatados por algunas ANEs. La reglamentación laboral en su gran mayoría sigue la reglamentación general del gobierno. Sin embargo, algunas ANEs tienen proyectos de ley sobre jornada, sueldo, etc. En trámites en el Congreso . Además, no es una práctica común la evaluación del desempeño y la creación de incentivos que promuevan la calidad del proceso de trabajo de la enfermería. En contrapartida, el pago de la productividad, como ampliación cuantitativa de los procedimientos, no ha representado necesariamente una mejor calidad de los servicios prestados y tampoco una mejoría en la calidad de vida de los usuarios. "El predominio de los indicadores de productividad sobre los de la calidad y la aparente confusión que ello genera al tomar a los primeros como equivalentes a los segundos y, en consecuencia, pensar que hacer más es siempre mejor, trae algunos problemas". (OPS, 1997)

Ecuador es uno de los países de la región con la mayor igualdad en materia de salud y hoy por hoy con un impacto importante en todos los estratos sociales gracias a políticas de salud reestructuradas. Sin embargo aún se generan dudas sobre los resultados de la fuerte inversión en materia de Salud.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por su segmentación. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

La estructura del sector salud en Ecuador, como se ha indicado, está claramente segmentada. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

- rectoría,
- promoción de la salud,
- garantía de acceso equitativo a la atención y ▪ provisión descentralizada de los servicios.

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

El principal problema que tienen las redes de salud es la escasez de personal y su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada de nivel cantonal y provincial. Efectivamente, los médicos de MSP están contratados por 4 horas/día recibiendo un salario en torno a los 450 U\$/mes (incluidas bonificaciones). Se estima que en el medio rural existen menos de dos médicos de planta por 10.000 habitantes, el resto de médicos son residentes que hacen su año rural.

El gasto en salud total per cápita en dólares internacionales (2001) es de 177 dólares. Dicho gasto, presenta una gran desigualdad en relación con el tipo de cobertura. Se estima que el gasto per cápita para los afiliados al IESS es de 145 dólares mientras que para la población subsidiaria del MSP es de 33 dólares, es decir una cuarta parte.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, indígena en su mayoría.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más depauperadas.

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el

proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos locales. Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

- Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud;
- Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia;
- Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, ▪ Programa Nacional de Nutrición y alimentación, y la ▪ Ley de Descentralización y participación social.

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del SNS en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

Una rápida mirada al sector salud en el Ecuador en las últimas décadas, refleja una realidad bastante problemática y la presencia de limitantes en su accionar: Acceso inequitativo a los servicios, bajas coberturas y calidad de atención, modelo de atención curativo y biológita, gestión centralizada y de bajas coberturas de atención, falta de una política integral de recursos humanos, inadecuada coordinación interinstitucional, paternalismo de instituciones públicas y privadas, alto costo de insumos y tecnologías, situación similar a la de otros países de la región, que sin embargo ha sufrido algunos cambios en los últimos años, cuando se empiezan a implementar acciones relacionadas con la reforma del sector salud, que inicia en la década de los 80's.

Varios técnicos del sector consideran que el proceso debía contar con lo que se denominó la Reforma Mínima, a través de la cual, progresivamente reproduciría un cambio y al mismo tiempo facilitaría consolidar nuevas fuerzas para enfrentar más tarde procesos Máximos. Esta Reforma Mínima se caracterizaría por:

- La Separación de las funciones de financiamiento de la provisión de servicios;
- El fortalecimiento de la función rectora del Ministerio de Salud;
- El apoyo a los programas de garantía de calidad y acreditación de servicios;
- La regulación de las empresas de aseguramiento privado;
- El apoyo a la creación de nuevos actores sociales en provincias y cantones;
- La ampliación de coberturas, mediante programas de servicios básicos localizados en zonas de mayor carencia de servicios;
- El apoyo a la gestión administrativa y financiera descentralizada de las unidades de salud;
- La realización de proyectos a pequeña escala para probar la aplicabilidad de mecanismos e instrumentos de reforma.

El Ministerio de Salud Pública a inicios del nuevo milenio, se pronunció mediante la emisión de un documento para discusión, posicionamiento del MSP frente a la Reforma del Sector Salud. (Abril de 2001.), que el Ecuador se encuentra aún en la fase de formulación de la Reforma en Salud. Sin embargo, debido a que las transformaciones de esta magnitud son el resultado de procesos acumulativos y complejos, que involucran tanto a la sociedad como a las organizaciones públicas y privadas del sector.

www.msp.ecuador.com.ec

Capitulo III

3 Metodología

3.1 Tipo de estudio

No Experimental Porque esta investigación no se caracteriza por la introducción y manipulación del factor causal o de riesgo para la determinación posterior del efecto

3.2 Diseño de estudio

Descriptivo-Transversal Porque se describe la situación del estudio, Somete a parámetros de medición y componentes del fenómeno a investigar, seleccionamos una serie de aspectos, se indica cuáles son las personas responsables, Además analiza simultáneamente la exposición y el efecto provocado ante la sociedad.

3.3Lugar de Estudio

“Hospital Luis Gabriel Dávila” de la Provincia del Carchi del cantón Tulcán. Servicio de neonatología.

3.4. Población de Estudio

La población estuvo integrada por madres de los pacientes hospitalizados en el servicio de neonatología y el profesional de enfermería con categorías: jefe de servicio, enfermera especialista, enfermera general e interna/o de Enfermería,

de una institución de salud pública de segundo nivel de atención de la Provincia del Carchi Cantón Tulcán.

3.5 Universo y Muestra

Para el desarrollo de ésta investigación se realizó un muestreo aleatorio simple. La población a investigar es la siguiente:

Personal que labora en el Hospital Luis Gabriel Dávila en el servicio de neonatología

Madres de los Pacientes que se atendieron en el servicio de neonatología durante el período de investigación.

Familiares de los pacientes.

Universo:

Se tomó todo el universo en el caso del personal profesional de enfermería en un total de 13.

Muestra en el caso de usuarios se tomó a toda la población ya que no todos los neonatos son ingresados al servicio de neonatología por lo que se realizó un muestro simple y se tomó como base el número de camas con el que cuenta el servicio de ginecología que es de 33.

3.6 Recolección de Datos

Las variables fueron recolectadas a través de encuestas que tuvieron preguntas abiertas y de otras de opinión, impartidas a los usuarios y profesionales de Enfermería que conforman la muestra de la población.

Técnica de recolección de datos: encuesta

Instrumentos de recolección de datos: cuestionario

3.7 Variables

Dependiente

Independientes

3.7.1 Operacionalización de Variables

Variables	Clasificación	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	escala
Satisfacción	Independiente Cuantitativa	La atención en salud está basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad	Características	Nivel de atención del servicio de neonatología	Muy Satisfactorio. Satisfactorio Poco satisfactorio

Calidad de atención del profesional de enfermería	Dependiente	La calidad de atención que se logra es muy importante en producir una satisfacción o insatisfacción por parte del paciente	Características	En la relación enfermera paciente, el abordaje de los aspectos psicosociales mejora la satisfacción del paciente y disminuye las demandas. Los factores principales que hacen parte de la calidad de la relación entre trabajador de salud.	Muy buena
	Cualitativa				Buena
			Trato Humano	local son la actitud del personal de salud, en términos de trato brindado al paciente.	Regular
					Mala
					Muy buena
					Buena
					Regular
					Mala

Paciente	Dependiente	Paciente es el que tiene una enfermedad, no siempre la padece, y sobre todo no siempre sufre.	Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.	De 15 a 18 De 19 a 25 27 a 35
			Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Masculino Femenino
			Procedencia	Origen principio de donde nace o vive una persona .	Urbano Rural
Personal de salud	Dependiente		Enfermeras	Es la persona encargada del cuidado directo de los pacientes.	Nivel profesional

CAPITULO IV

4 Marco Administrativo

4.1 Recursos Humanos

Mujeres internadas en el servicio de ginecología

Profesionales de enfermería del servicio de neonatología

Asesor

Estadístico

Internos Rotativos de enfermería de la Universidad Técnica del Norte

4.2 Recursos Materiales

Hojas de Oficina

Encuestas

Esferográficos

Computadora/Internet

4.3 Recursos Financieros

El presupuesto programado para esta investigación es el siguiente

DETALLE	NUMERO	COSTO
Hojas de oficina	1000	600\$
Computadora /internet		300\$
Pasajes y alimentación		300\$
Impresión de tesis Empastado de tesis		300\$ 200\$
TOTAL DE PRESUPUESTO		1.700\$
IMPREVISTO	10%	170 \$
TOTAL		1870\$

CAPITULO V

5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente trabajo de investigación con el tema “Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012.”, mismo que este orientado a investigar la percepción de la calidad de atención según la evaluación de usuarios y propio personal de Enfermería

Los resultados obtenidos en el estudio, reflejan la realidad de como el usuario perciben la atención que reciben por parte del profesional de Enfermería así mismo se verá reflejado como el profesional de Enfermería que labora en el servicio de neonatología percibe la organización y su visión a nivel de formación profesional , personal y humanística .

Para la presentación de los resultados de la investigación se utilizó el programa Excel permitiendo mostrar en forma clara y ordenada los datos obtenidos en forma de tablas de frecuencia, representaciones gráficas con el respectivo análisis y análisis , enfatizando la prueba de validación aplicada en la etapa correspondiente contando con la apertura y apoyo de los profesionales de enfermería del servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila , así como también del grupo de madres usuarias del servicio de neonatología que fueron participes del proceso investigativo, quienes lo realizaron de forma voluntaria y espontánea al colaborar con el llenado de las encuestas aplicadas

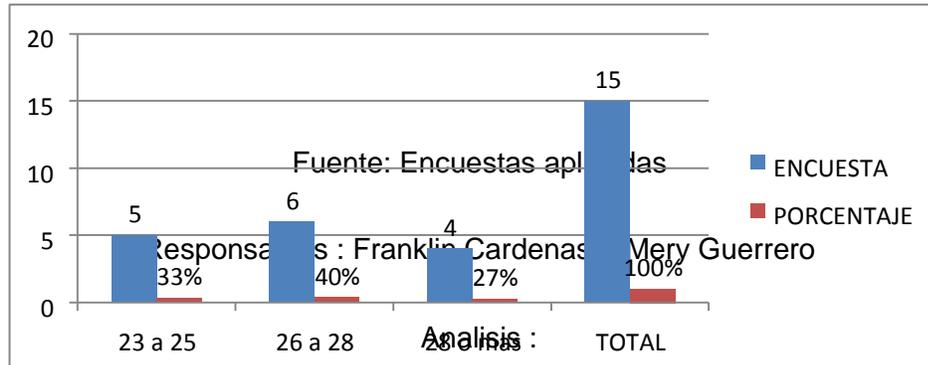
5.1 Presentación de resultados, tabulación, representación gráfica y análisis de encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería.

5.1.1 Distribución de resultados en relación a edad, del profesional que labora en el Servicio de Neonatología.

Tabla N°1

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
23 A 25	5	33.3%
26 A 28	6	40 %
28 A MAS	4	26.6 %
TOTAL	15	100%

Grafico N°1



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

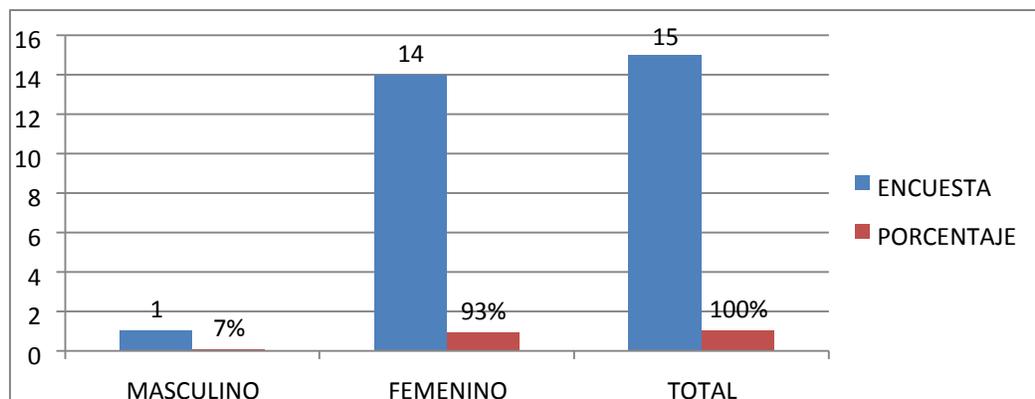
ANÁLISIS: Con los datos obtenidos se observa que el 40% de los profesionales de enfermería tiene una edad entre 26 a 28 años, el 33% corresponde a edades entre 23 a 25 años y en un 27% correspondiente a edades entre 28 a más años, lo que significa que el servicio de Neonatología cuenta con profesional de enfermería joven, los cuales se adoptan a cambios e ideas innovadoras en relación a procesos de atención al usuario para mejorar la calidad de los servicios.

5.1.2 Distribución de resultados en relación a género, del profesional que labora en el Servicio de Neonatología.

Tabla N° 2

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	1	6.6%
FEMENINO	14	93.4%
TOTAL	15	100%

GRAFICO 2



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

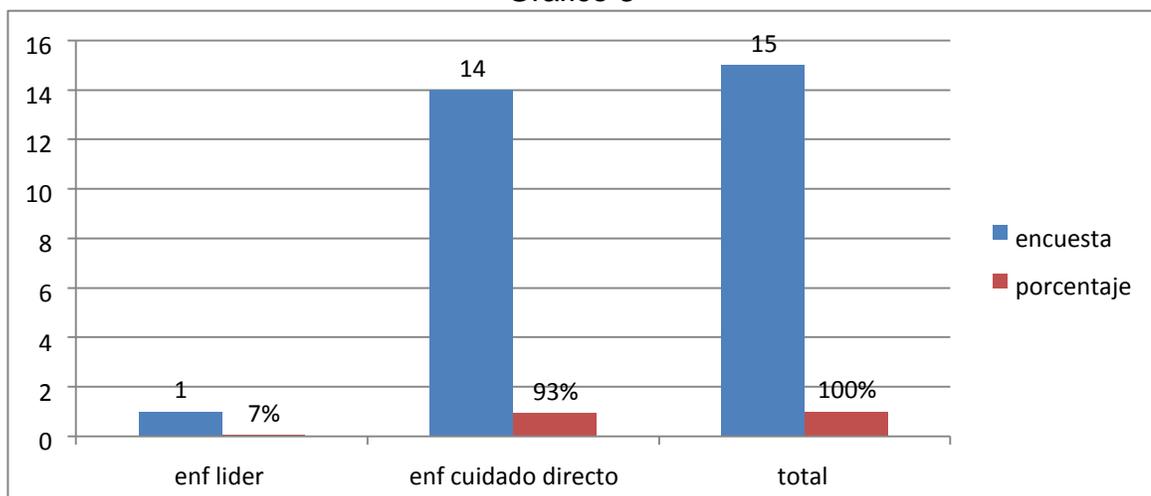
ANÁLISIS: Con los datos obtenidos se ha determinado que en un 93% de los profesionales de Enfermería son de género femenino y en un 7% corresponden a género masculino, por lo que se observa que existe un mayor porcentaje de profesional femenino en este servicio, lo que hace que el ambiente laboral sea de una mayor confianza fortaleciendo el trabajo en equipo al desempeñar sus funciones con personas del mismo sexo, logrando desempeñar sus funciones con mayor efectividad y confianza logrando brindar atención de calidad y calidez.

5.1.3 Distribución de resultados en relación a la función que desempeña el profesional de enfermería en el servicio de Neonatología.

Tabla N° 3

FUNCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enfermera o líder de servicio	1	7 %
Enfermera de cuidado directo	14	93.4
TOTAL	15	100%

Grafico 3



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

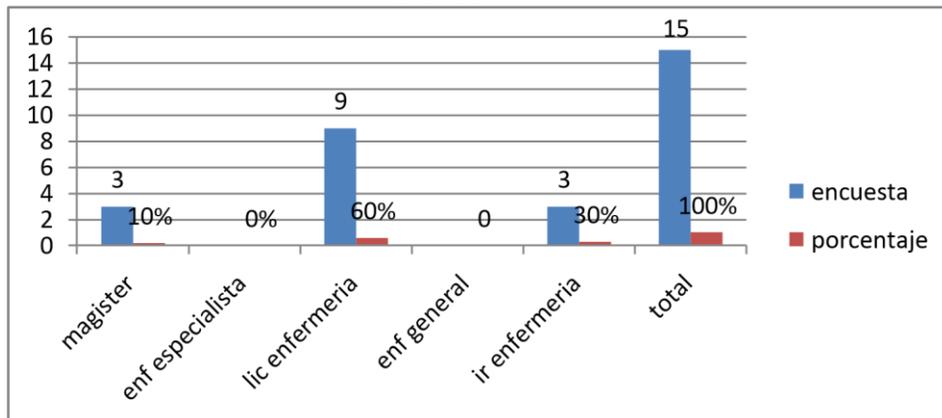
ANÁLISIS: Los resultados determinan que se cuenta con un 93% de profesionales de enfermería que se dedica al cuidado directo y un 7% correspondiente a profesionales de enfermería que se dedican a realizar funciones de administración del servicio y cuidado directo, que la distribución del personal de enfermería es adecuado, existiendo un mayor número de enfermeras de cuidado directo, beneficiando a la atención del usuario, existiendo una buena organización.

5.1.4 Distribución de resultados en relación a formación de los profesionales de enfermería en el servicio de Neonatología.

Tabla N° 4

FORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Magister	3	10%
Enfermera especialista	0	0%
Lic. de Enfermería	9	60%
En general	0	0%
Ir Enfermería	3	30%
TOTAL	15	100 %

Grafico N°4



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

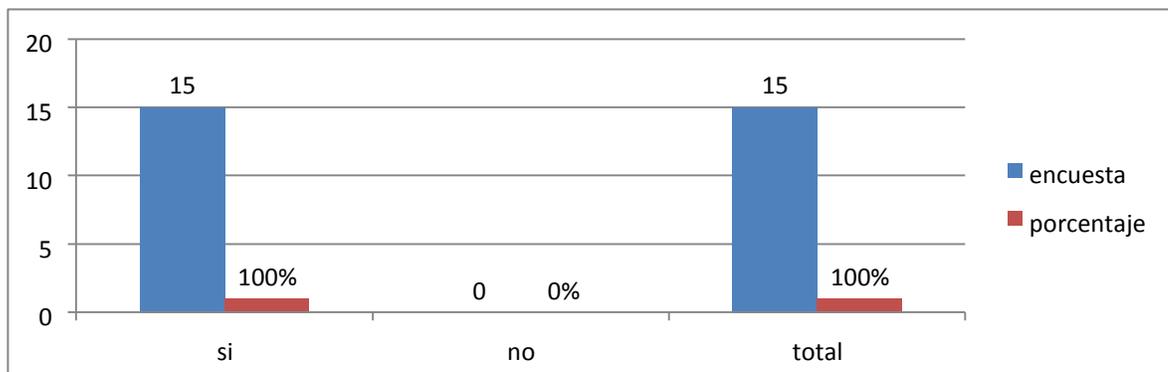
ANÁLISIS: Sobre el nivel de formación profesional se ha logrado observar que el 90% son Profesionales de enfermería con título de tercer nivel que corresponde a enfermeras de cuidado directo e IRE, lo que deja en evidencia que los cuidados de enfermería en el servicio de Neonatología; están bajo la responsabilidad de enfermería con título de tercer nivel y cuarto nivel lo que garantiza la calidad de atención.

5.1.5. Distribución de resultados en relación a un al adecuado ambiente laboral en que desempeña sus funciones el profesional de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N°5

AMBIENTE LABORAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

Grafico N° 5



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

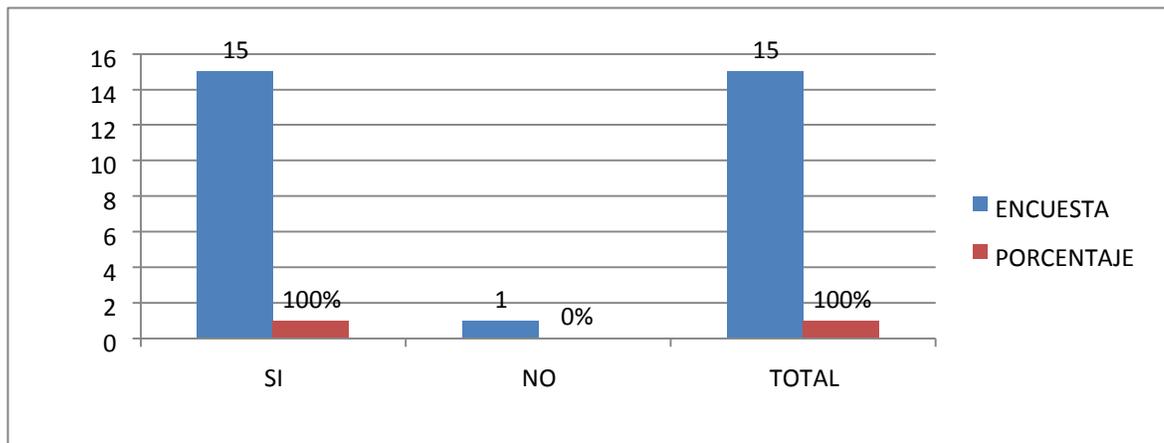
ANÁLISIS: Con datos obtenidos se observa que el 100% de los profesionales de enfermería, manifiestan que el adecuado ambiente laboral es fundamental en el servicio en el que desarrollan su trabajo diario, logrando determinar que el ambiente laboral es primordial para lograr la adecuada organización y efectividad de la prestación de los servicios que brindan los profesionales de enfermería al usuario.

5.1.6. Distribución de resultados en relación al ambiente laboral y cómo influye en la organización y eficacia de las acciones de los profesionales de enfermería del servicio d neonatología.

Tabla N° 6

AMBIENTE LABORAL Y SU INFLUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO N°6



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

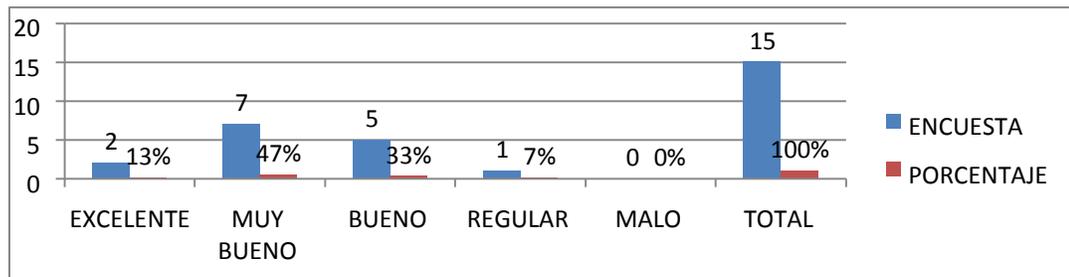
ANÁLISIS: De los datos presentados se observa que el 99% de los profesionales de enfermería, manifiestan que un adecuado ambiente laboral influye en la calidad de la atención en la prestación de servicio, lo que demuestra que el profesional de enfermería ejecuta acciones y actividades de calidad y calidez.

5.1.7 Distribución de resultados en relación a la percepción del ambiente laboral según los profesionales de enfermería del servicio de Neonatología.

Tabla N° 7

PERCEPCIÓN EL AMBIENTE LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	2	13 %
MUY BUENO	7	47 %
BUENO	5	33%
REGULAR	1	7%
MALO	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO N° 7



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

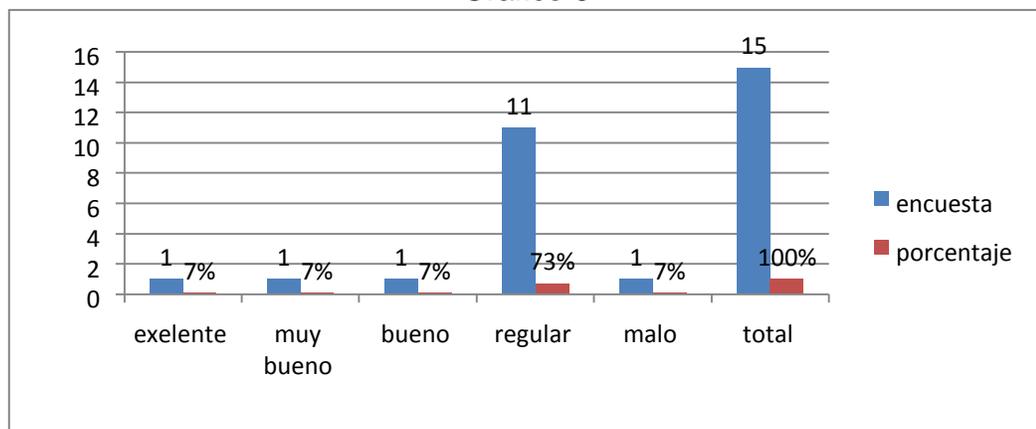
ANÁLISIS: En lo que se refiere a percepción del ambiente laboral el 47% percibe un ambiente laboral muy bueno, mientras tanto en un 33% como un ambiente Bueno, en un 13% lo manifiesta como un excelente ambiente laboral, observando que los profesionales de enfermería laboran en un ambiente aceptable que le permite desempeñar sus funciones a satisfacción, logrando cumplir con los parámetros de calidad y calidez de atención al usuario.

5.1.8. Distribución de resultados en relación al trato por parte del líder del servicio hacia los profesionales de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N°8

TRATO RECIBIDO POR LA LÍDER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	1	7 %
MUY BUENO	1	7 %
BUENO	1	7%
REGULAR	11	73%
MALO	1	7%
TOTAL	15	100%

Grafico 8



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

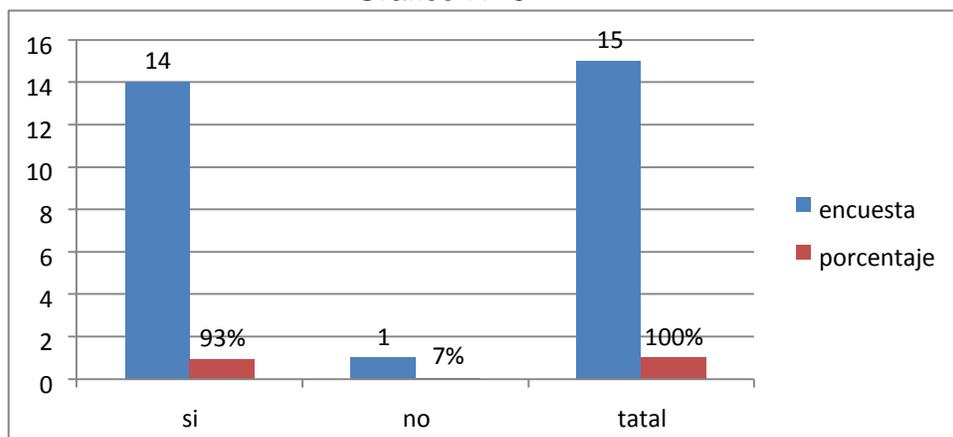
ANÁLISIS: En los datos obtenidos se observa que el 73 % de los profesionales reciben un trato regular por parte del líder del servicio, con lo que se logra demostrar que el trato al enfermero de cuidado directo no es el adecuado, influyendo este aspecto directamente en las relaciones interpersonales y consecuentemente en el desempeño de las actividades diarias, pudiendo incluso repercutir en la atención del paciente.

5.1.9. Distribución de resultados en relación al desempeño según el puesto de los profesionales de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N° 9

DESEMPEÑO SEGÚN SU PUESTO LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	93%
NO	1	7%
TOTAL	15	100%

Grafico N° 9



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

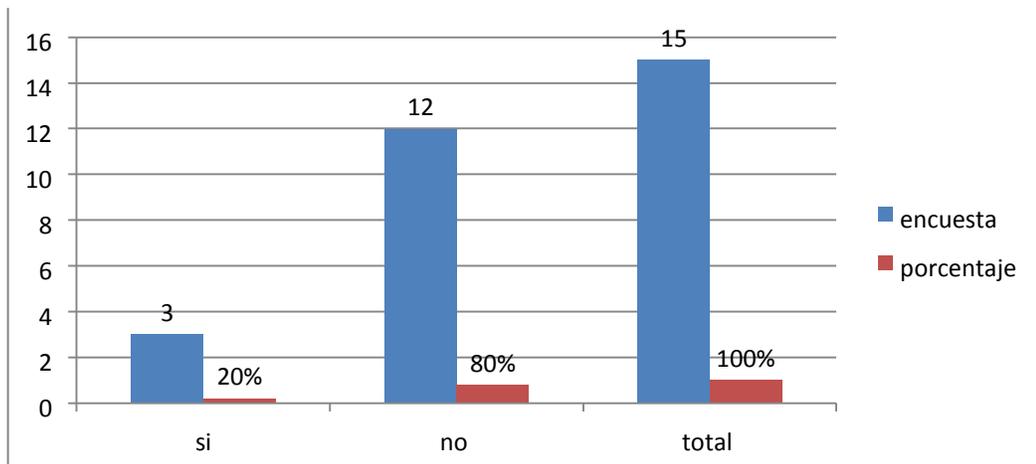
ANÁLISIS: Se logra observar que el 93% de los profesionales encuestados desempeñan sus funciones de acuerdo a su contrato laboral mientras tanto que el 7% no cumple su rol de acuerdo a su contrato y nivel de formación académica, la ubicación de talento humano en relación al perfil profesional constituye un aspecto fundamental para poder desarrollar sus funciones con eficacia y efectividad, observando que en la mayoría de los profesionales de enfermería cumplen con este requerimientos.

5.1.10. Distribución de resultados en relación a número de profesionales de enfermería según la demanda de pacientes del servicio de neonatología.

Tabla N° 10

N DE PROFESIONALES SEGÚN DEMANDA DE PACIENTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	3	20
No	12	80
TOTAL	15	100%

Grafico N° 10



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

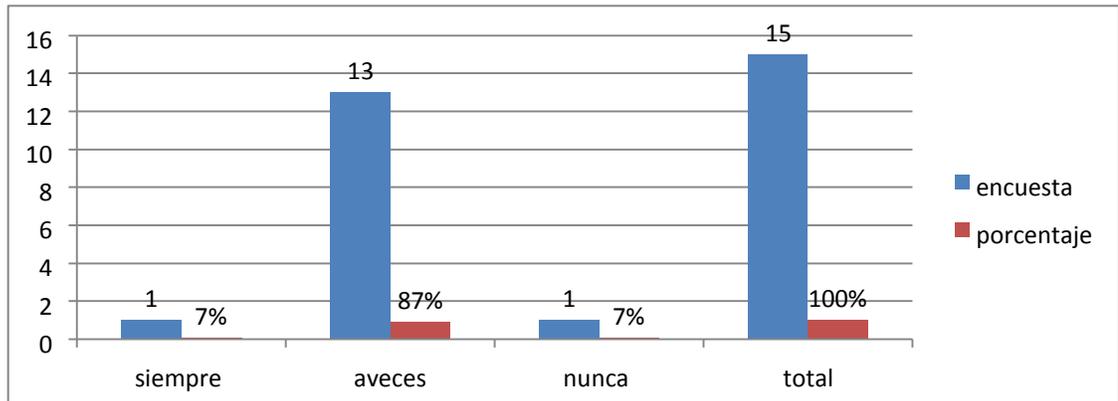
ANÁLISIS: Con los datos obtenidos se determina que el 80% de los profesionales manifiestan que hay déficit de personal en el servicio de neonatología en relación a la demanda de pacientes, el 20% mencionan que si existe el número adecuado, demostrando de esta manera la falta de personal de enfermería dedicado al cuidado directo del paciente, por cuanto la demanda en los últimos años se ha incrementado debido a la gratuidad de la salud, influyendo en la calidad de atención.

5.1.11. Distribución de resultados en relación al material e insumos necesarios para desempeñar funciones y actividades requeridas por los profesionales de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N° 11

MATERIAL E INSUMOS NECESARIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	1	7%
A VECES	13	87%
NUNCA	1	7%
TOTAL	15	100%

Grafico N°11



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

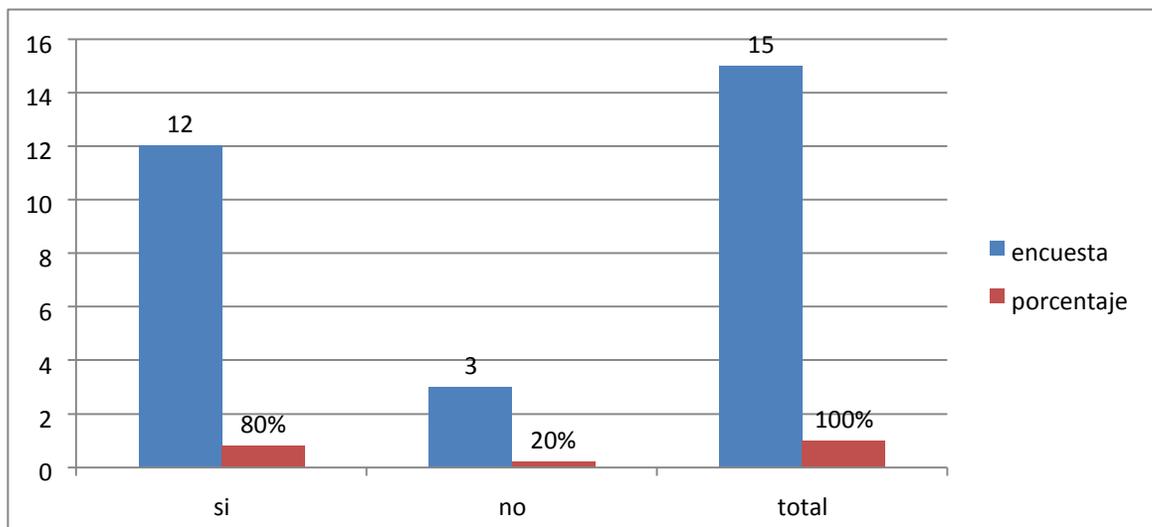
ANÁLISIS: La mayoría de los profesionales de enfermería que corresponde al 87% menciona a veces cuentan con los insumos para realizar sus funciones, mientras tanto el 7% menciona que siempre lo hace y el otro 7% menciona que nunca, lo tanto por mantener un servicio correctamente equipado con el número necesario de insumos hace que la atención y recuperación del paciente sea de manera satisfactoria, determinando la necesidad evidente de mantener equipado al servicio para poder brindar atención de calidad.

5.1.12. Distribución de resultados en relación a cumplimiento de normas establecidas por parte de los profesionales de enfermería del servicio de Neonatología

Tabla N° 12

CUMPLIMIENTO DE NORMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	80%
NO	3	20%
TOTAL	5	100%

Grafico N° 12



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

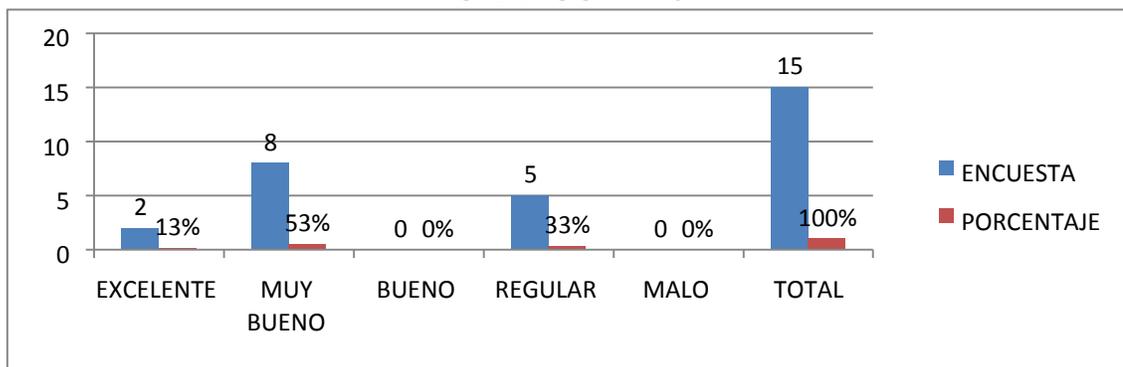
ANÁLISIS: En los datos obtenidos se observa que el 80% de los profesionales de enfermería cumplen con las normas establecidas en el servicio mientras tanto el 20% no lo hacen, el cumplimiento a cabalidad de normas establecidas ayuda que la atención sea dada de una manera eficiente, eficaz y organizada, determinando que la mayoría del personal que labora en este servicio esta consiente de la importancia del cumplimiento de las normas para lograr brindar una atención de calidad.

5.1.13. Distribución de resultados en relación a aplicación por parte de los Profesionales de enfermería de los protocolos establecidos en el servicio de neonatología.

Tabla N° 13

APLICACIÓN DE PROTOCOLOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	2	13%
MUY BUENO	8	53 %
BUENO	0	0%
REGULAR	5	33%
MALO	0	0%
TOTAL	15	100%

GRAFICO N° 13



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

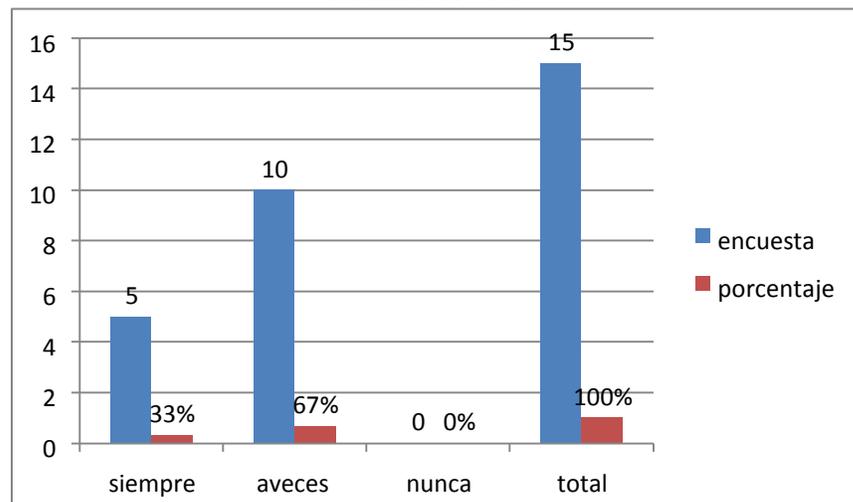
RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

ANÁLISIS: Se logra determinar que de la totalidad de profesionales el 53% de los mismos perciben que la aplicación de protocolos se hace de manera muy buena, mientras tanto el 33% determinan que se aplican los protocolos de forma regular y correspondiente al 13% mencionan que se los aplica de manera excelente. Enfatizando que la aplicación de protocolos en un servicio hace que la recuperación del paciente sea de una manera satisfactoria, por cuanto guie en los procesos de atención siendo de gran importancia la implementación de un instrumento unificado que permita actualizar la atención del paciente.

5.1.14. Distribución de resultados en relación a comunicación profesional de enfermería y paciente en cuanto a procedimientos realizados en el servicio de neonatología: Tabla N° 14

COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	33%
A VECES	10	67%
NUNCA	0	0%
TOTAL	15	100%

Grafico N° 14



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

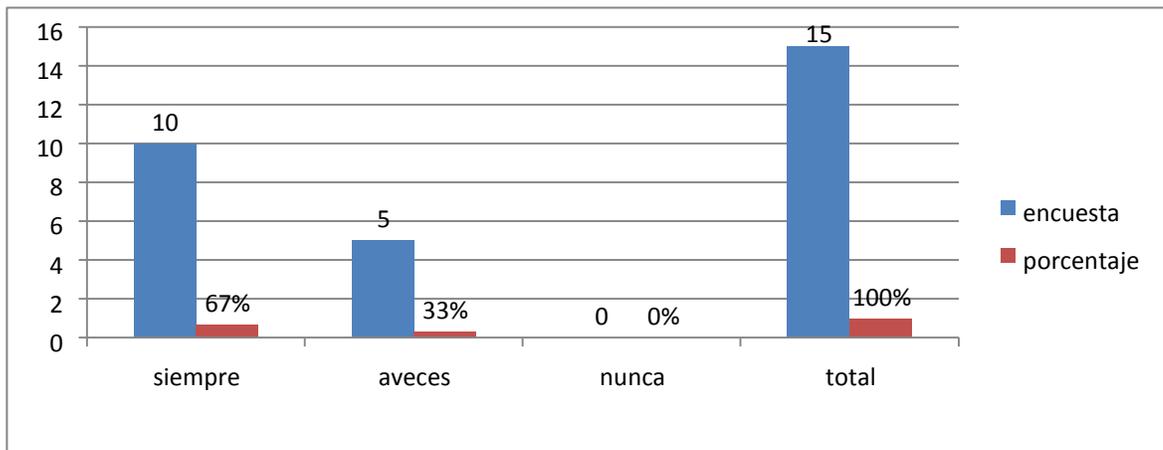
ANÁLISIS: Con los datos obtenidos se observa que el 67% del personal de enfermería mantiene a veces una adecuada comunicación con el usuario externo, mientras tanto el 33% menciona que siempre lo hace, las buenas relaciones interpersonales y la relación enfermera – paciente contribuyen factores importantes en los procesos de atención de salud, por lo tanto en el servicio de neonatología debe mejorar la comunicación.

5.1.15. Distribución de resultados en relación al ingreso del niño/a al servicio de neonatología se presenta e identifica por su nombre profesional de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N° 15

INGRESO DE EL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	10	67%
A VECES	5	33%
NUNCA	0	0%
TOTAL	15	100%

Grafico N° 15



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

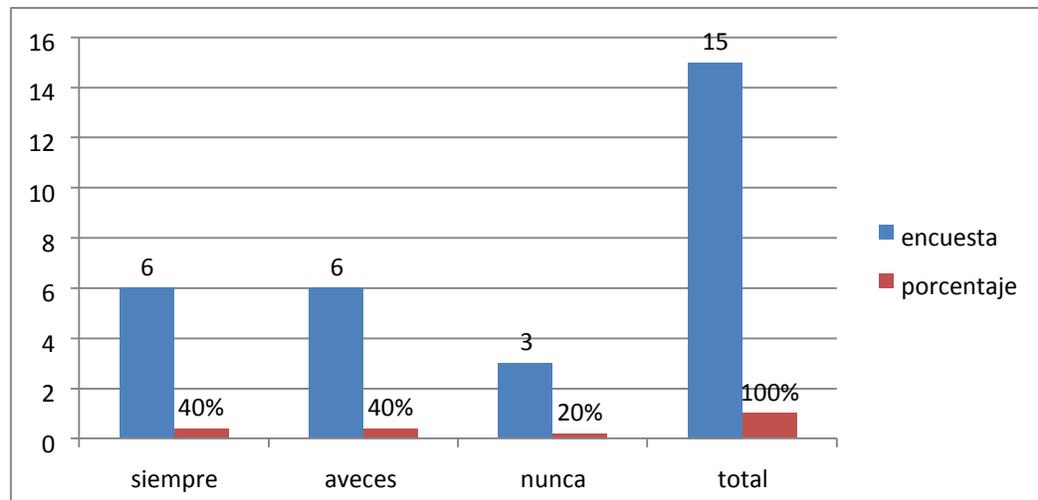
ANÁLISIS: Los resultados reportan que un índice de 67% de profesionales de enfermería siempre se presentan con su nombre al momento de mantener contacto con el usuario, mientras que el 33% menciona que a veces lo hace, el mantener una buena comunicación mencionando quien atenderá al paciente hace que se logre la confianza y seguridad del usuario, observando que la mayoría de los profesionales de enfermería mantienen la cultura de presentarse por su nombre cumpliendo además con una norma establecida.

5.1.16. Distribución de resultados en relación a brindar información requerida y los servicios que prestan los profesionales de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N° 16

INFORMACIÓN REQUERIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	40%
A VECES	6	40%
NUNCA	3	20%
TOTAL	15	100%

Grafico N° 16



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

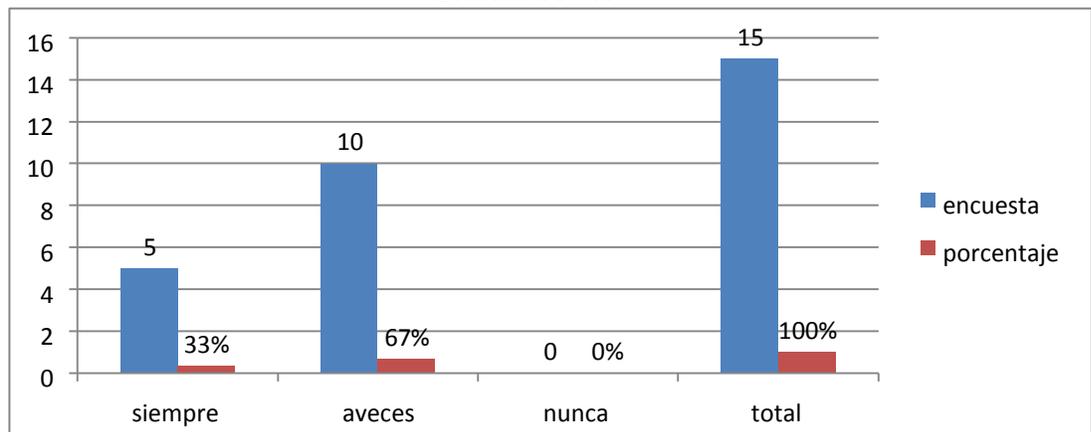
ANÁLISIS: Con los datos obtenidos se determinó que el 40% de los profesionales de enfermería manifiestan que siempre dan información requerida por el representante del paciente, al igual que el otro 40% menciona que no muchas veces lo hace y el 20% no lo hace, brindar información requerida a la familiar del paciente determina la tranquilidad y bienestar, considerando un derecho del paciente, debiendo los profesionales de enfermería mantener informado al paciente y familiares en todo proceso de atención para contribuir en la calidad de los servicios brindados.

5.1.17. Distribución de resultados en relación a interacción paciente y profesional de enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N° 17

INTERACCIÓN ENFERMERA PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	5	33%
A VECES	10	67%
NUNCA	0	0%
TOTAL	15	100%

Grafico N° 17



FUENTE: Encuestas aplicadas a los profesionales de enfermería

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

ANÁLISIS: Mediante el análisis de las encuestas realizadas se observa que el 67% del personal de Enfermería mantiene a veces una adecuada comunicación con el usuario externo, mientras tanto el 33% menciona que siempre mantienen la comunicación e interacción con el paciente, con la comunicación adecuada se logra mantener informado al paciente y familia, siendo este un aspecto muy importante cumplir con la norma de consentimiento informado para respaldo tanto al cliente interno como cliente externo.

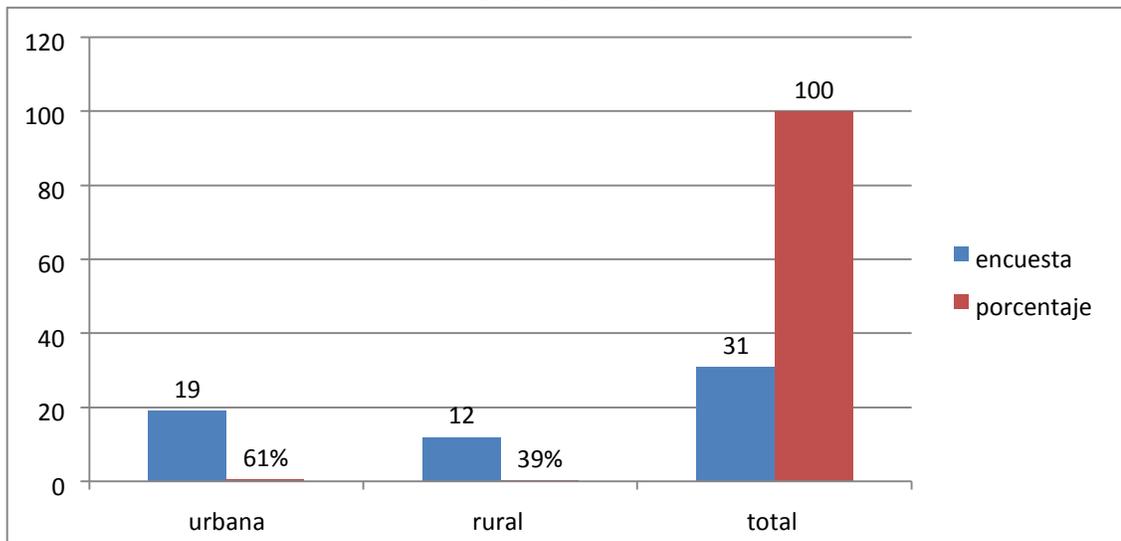
5.2. Presentación de resultados, tabulación, representación gráfica y análisis de encuestas aplicadas al usuario externo

5.2.1. Distribución de resultados en relación procedencia del usuario que acude al servicio de neonatología.

Tabla N° 18

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANO	19	61%
RURAL	12	39%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 18



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

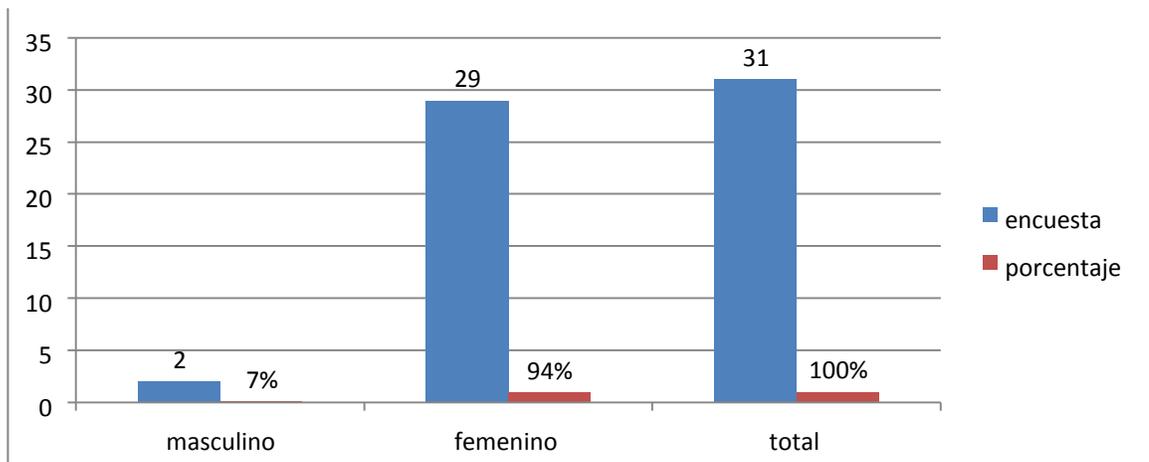
ANÁLISIS: En los datos obtenidos se logra determinar que el 61% de usuarios proceden de sectores urbanos y un 39% de sectores rurales. La adecuada atención de un servicio hace que la demanda de pacientes sea mayor, observando el beneficio de una gran área poblacional, el estudio demuestra que la atención que oferta el MSP se encuentra abierta para toda la población tanto urbana como rural,

5.2.2. Distribución de resultados en relación al género del usuario que acude al servicio de neonatología:

Tabla N° 19

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	2	7%
FEMENINO	29	94%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 19



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

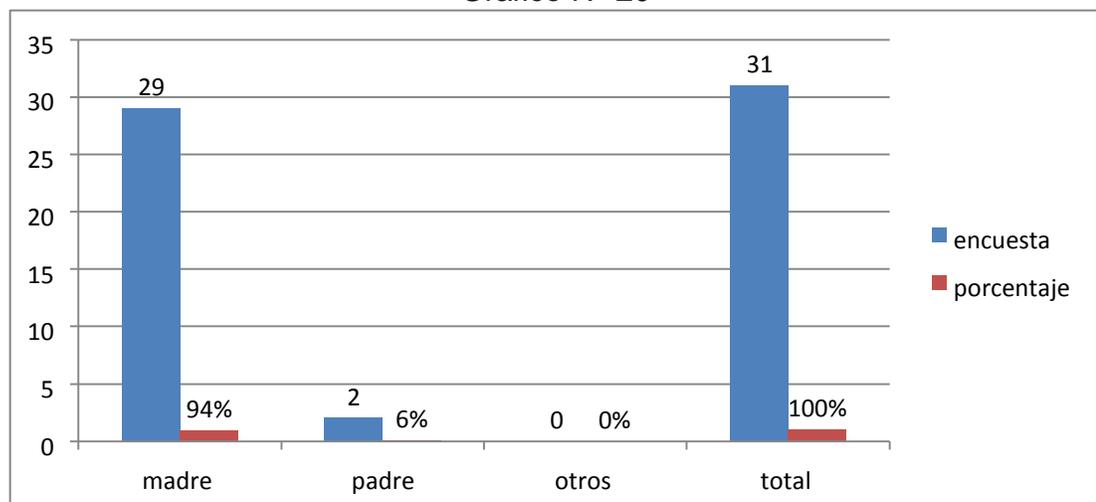
ANÁLISIS: Se logró determinar que al género femenino predomina en el índice de nacimientos es decir 94%, lo que significa que en los últimos años la mayor parte de la población está representada por el género femenino

5.2.3. Distribución de resultados en relación con el paciente ingresado en el servicio de neonatología.

Tabla N° 20

RELACIÓN CON EL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	29	94%
PADRE	2	6%
OTROS	0	0%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 20



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

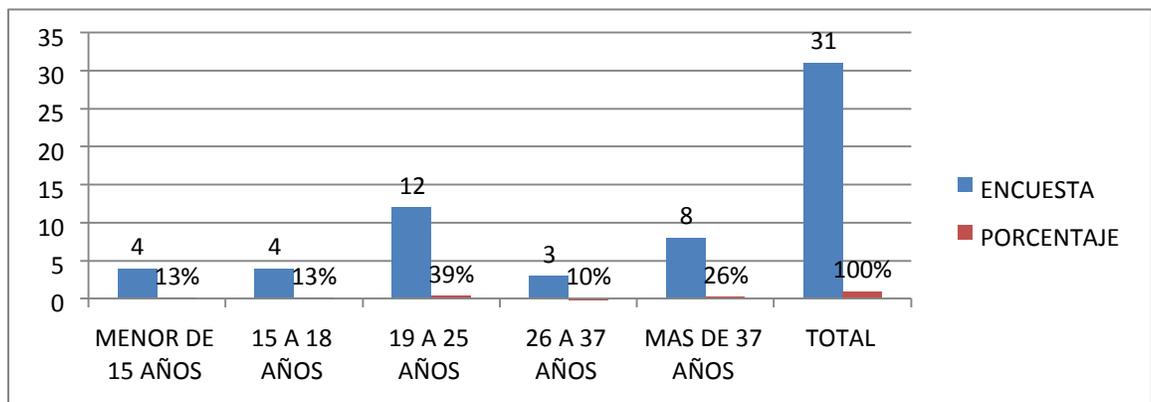
ANÁLISIS: Los resultados determinan que las mujeres en su mayoría es decir un 94% son responsables del paciente ingresado en el servicio de neonatología mientras tanto en un 6% el género masculino, siendo importante mantener el lazo madre e hijo lo que hace que la recuperación del neonato se realice en una forma más rápida y eficaz, por lo que nos lleva a conocer que mientras el paciente este al alojamiento conjunto es un factor positivo en la recuperación del niño(a).

5.2.4 Distribución de resultados a en relación a la edad del usuario que acude al servicio de neonatología.

Tabla N° 21

EDAD PERSONA ENCUESTADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR DE 15 AÑOS	4	13%
15 A 18 AÑOS	4	13%
19 A 25 AÑOS	12	39%
26 A 37 AÑOS	3	10%
MÁS DE 37 AÑOS	8	26%
TOTAL	31	100%

Gráfico N° 21



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

ANÁLISIS: De los resultados obtenidos se puede observar que las edades de los usuarios corresponde al grupo de edad de 19 a 25 años el 39%, en una edad de más de 37 años el 26%, una edad menor de 15 años 13%, de igual manera en edades de 15 a 18 años con un 13% y a un 10% edades de 26 a 37 años lo que significa que la mayoría de ellas están en una edades sexualmente activas y al corresponder al grupo de edad adulto joven posee todo su potencial de vida para brindar el cuidado eficiente en su hijo.

5.2.5. Distribución de resultados en relación al auto definición étnica del usuario que acude al servicio de neonatología.

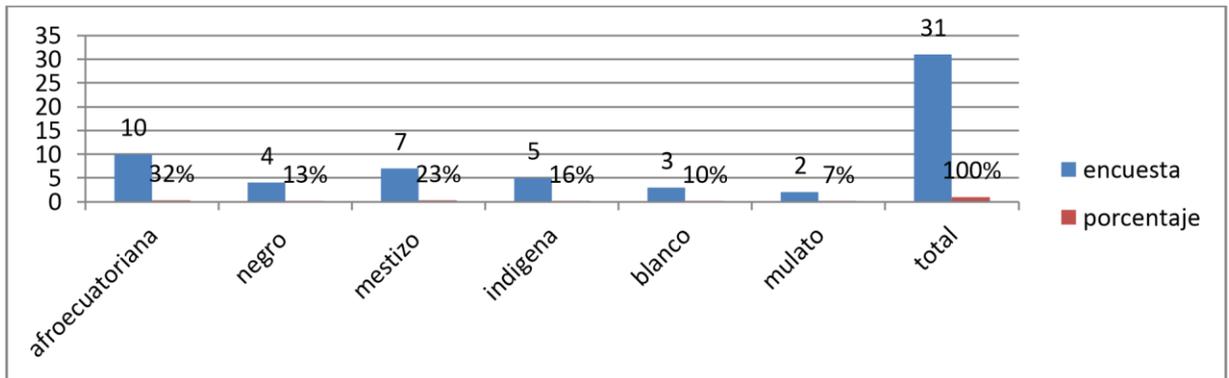
Tabla N°

22

AUTO DEFINICIÓN ÉTNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AFRO ECUATORIANA	10	32%
NEGRO	4	13%
MESTIZÓ	7	23%
INDÍGENA	5	16%
BLANCO	3	10%
MULATO	2	7%
TOTAL	31	100%

Grafico N°

22



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

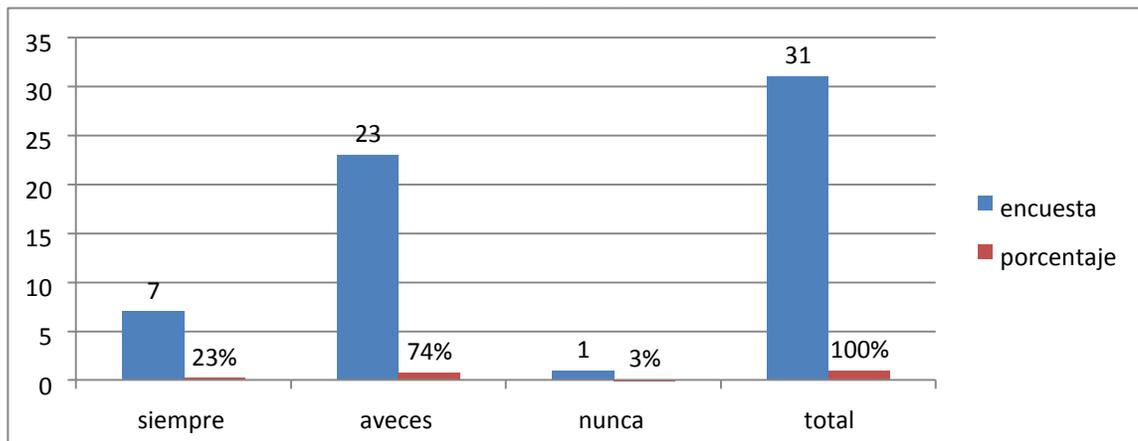
ANÁLISIS: con los datos obtenidos se logró determinar que en su mayoría es decir el 32 % de pacientes atendidos son de etnia afro ecuatoriana, correspondiente al 23 % de etnia mestiza, con un porcentaje de 16% pacientes de etnia indígena, con un 13% a pacientes de etnia negra, pacientes de etnia blanca con un 10% y a pacientes de etnia mulata con un 7% por ciento, un profesional con ética brinda atención de calidad a todo usuario pluricultural que acude al miso, se observa que existe una gran demanda de pacientes de las diferentes aéreas que cubre el servicio en estudio, obteniendo la confianza del usuario para así lograr la excelencia de la calidad de atención.

5.2.6. Distribución de resultados en relación a si el profesional de enfermería se identificó por su nombre al usuario atendido en el servicio de neonatología.

Tabla N° 23

EL PROFESIONAL DE ENF. SE IDENTIFICÓ POR SU NOMBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	7	23%
A VECES	23	74%
NUNCA	1	3%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 23



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

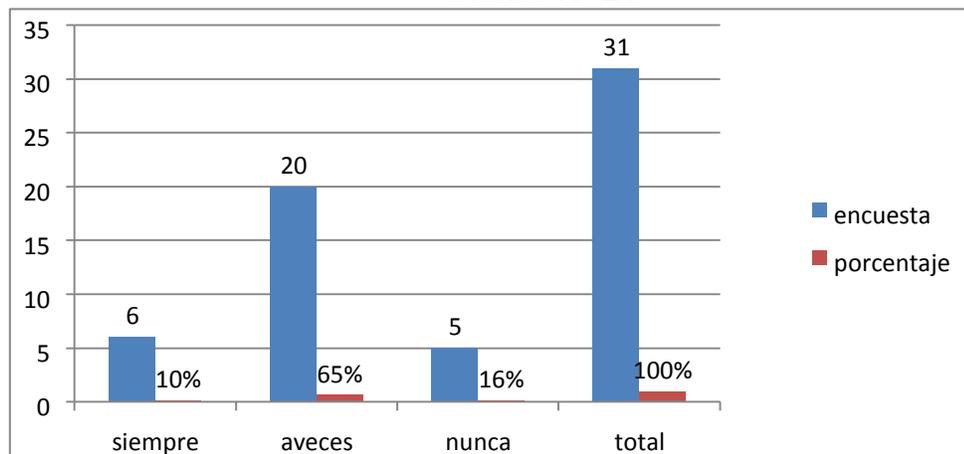
ANÁLISIS: Con los resultados obtenidos se puede evidenciar que la percepción por parte del usuario es de un 74% que el profesional de Enfermería a veces se presenta por su nombre mientras tanto en un 23% siempre lo hace y en un 3% nunca, el mantener una buena comunicación mencionando quien atenderá al paciente hace que se logre mantener la confianza del usuario, observando que en una mayor parte los usuarios observan un déficit en la comunicación, viendo así un como un punto débil al lograr mantener la confianza que se requiere para poder brindar atención de forma organiza, eficaz y de calidad.

5.2.7. Distribución de resultados en relación a sentir seguridad transmitida por el profesional de Enfermería del servicio de neonatología.

Tabla N° 24

SEGURIDAD TRANSMITIDA HACIA EL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	6	19%
A VECES	20	65%
NUNCA	5	16%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 24



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

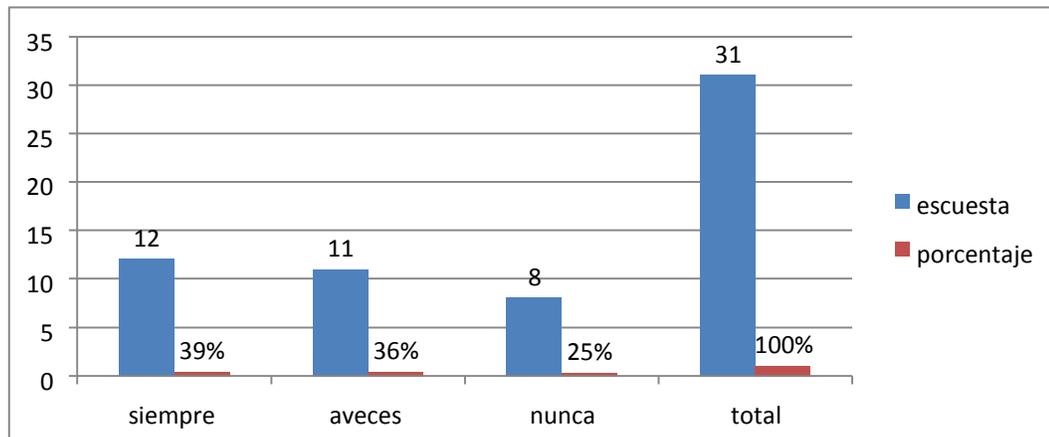
ANÁLISIS: Mediante el análisis se ha determinado que el 39% de los usuarios encuestados ha obtenido confianza y seguridad al ser atendidos por los profesionales de Enfermería, mientras tanto el 36% menciona que a veces se la sentía y con un porcentaje de 25% nunca han obtenido la seguridad y confianza necesaria, el obtener la confianza del paciente determina un factor importante para saber el estado real del paciente, lo que determina que según la percepción del usuario la comunicación paciente enfermero no es la adecuada, debiendo esto constituir una desventaja en la percepción de la calidad y organización de los servicios de Enfermería.

5.2.8. Distribución de resultados en relación a confianza hacia el profesional de Enfermería por parte del usuario que acude al servicio de neonatología.

Tabla N° 25

CONFIANZA TRANSMITIDA HACIA EL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	12	39%
A VECES	11	36%
NUNCA	8	25%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 25



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

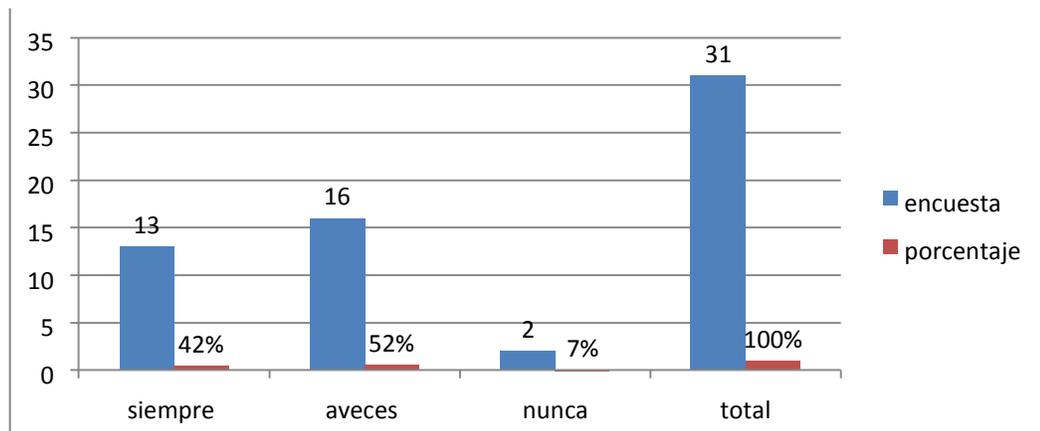
ANÁLISIS: Mediante el análisis realizado se ha determinado que el 39% de los usuarios encuestados siempre ha obtenido confianza y seguridad al ser atendidos por los profesionales de Enfermería, mientras tanto el 36% menciona que a veces se sentía la seguridad y con un porcentaje de 25% nunca han obtenido la seguridad y confianza necesaria, el obtener la confianza del paciente determina un factor importante para saber el estado real del paciente, observando una mayoría en la percepción positiva por parte del usuario hacia mantener la confianza con el profesional logrando observar una buena comunicación paciente y profesional, y así brindar atención de calidad.

15.2.9. Distribución de resultados en relación a si el personal de enfermería se dirigía al usuario por su nombre.

Tabla N° 26

RELACIÓN CON EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	13	42%
A VECES	16	52%
NUNCA	2	7%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 26



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

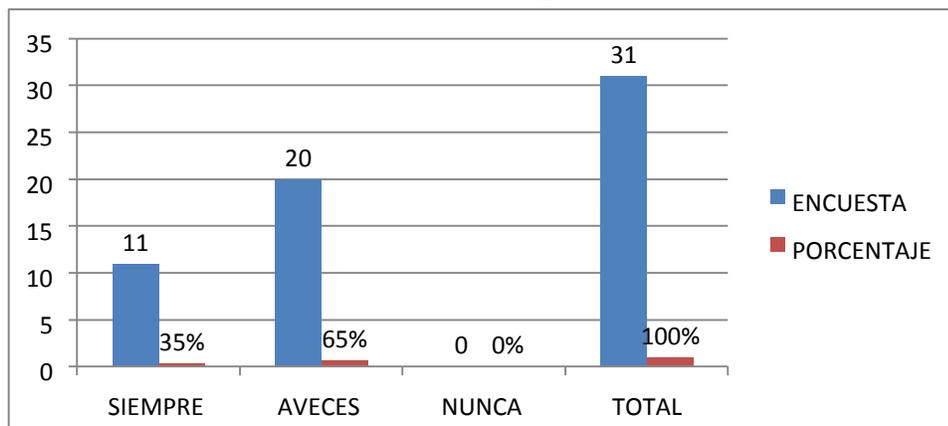
ANÁLISIS :Con los datos obtenidos, se logra determinar que el que el 52% de pacientes encuestados mencionan que no muchas veces son llamados por su nombres, mientras tanto el 42% de los usuarios menciona que siempre son llamado por su nombres y con un 7% que nunca lo hace, el tratar al usuario con su nombre y apellido de manera respetuosa forma un vínculo de seguridad y confianza enfermero – paciente, con el análisis se determina que no existe la comunicación y el respeto establecido para poder brindar un servicio de calidad ya que el usuario no muestra la confianza necesaria hacia el profesional de Enfermería.

5.2.10. Distribución de resultados en relación a recibir información necesaria por parte del personal de enfermería sobre los cuidados y procedimientos realizados a su hijo/a ingresado en el servicio de neonatología.

Tabla N° 27

INFORMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS A REALIZARSE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	11	35%
A VECES	20	65%
NUNCA	0	0%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 27



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

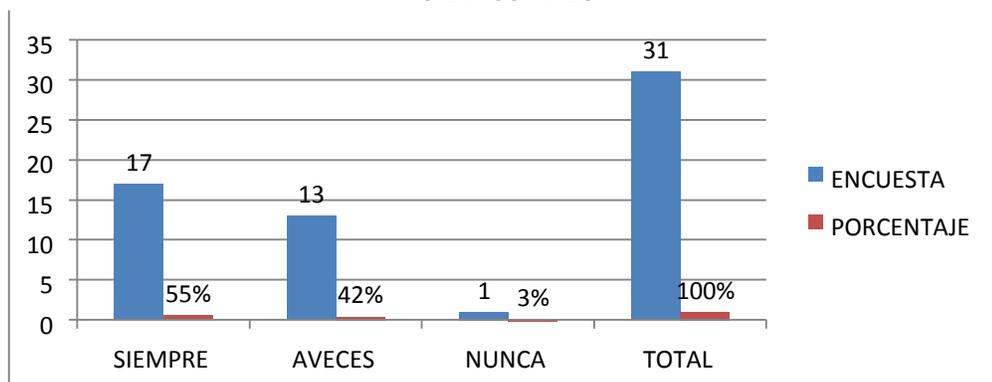
ANÁLISIS: Se pudo determinar que del total de usuarios atendidos el 65% mencionan que a veces recibían información sobre el estado y evolución de la enfermedad del paciente y un 35% menciona que siempre lo hacen, el informar al paciente o representante sobre el estado actual y evolución logra mantener la confianza y tranquilidad por parte del usuario, de acuerdo a estos resultados se observa que la comunicación entre enfermero paciente es de manera irregular al momento de informar sobre el estado de salud del paciente, lo que hace que se brinden servicios de cuidado directo de forma poco organizada,

5.2.11. Distribución de resultados en relación así el profesional de enfermería, se preocupaba por el confort de su hijo /a (frío, calor, luz, higiene y posición) ingresado en el servicio de neonatología.

Tabla N° 28

CONFORT DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	17	55%
A VECES	13	42%
NUNCA	1	3 %
TOTAL	31	100%

GRAFICO N° 28



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

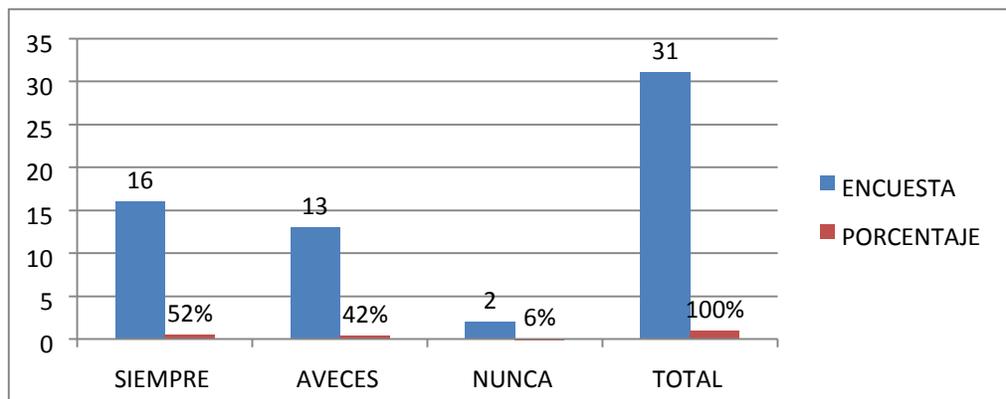
ANÁLISIS: mediante el estudio y análisis de los resultados se logra determinar que el 55% de los usuarios han observado que siempre el profesional se preocupa por el confort del neonato, mientras tanto con un porcentaje de 42% menciona que no lo hace de manera constante y con el 3% menciona que nunca lo hace, la atención personificada, constante y organizada, permiten la adecuada recuperación del paciente, observando que una mayoría de veces el personal se preocupa por el confort del paciente y determinando un considerable porcentaje de veces no lo realiza viendo la realidad de la falta de personal para poder brindar atención personalizada y de calidad y calidez.

5.2.12. Distribución de resultados en relación a observación por parte de los profesionales de enfermería a los aparatos que se mantenían conectados al paciente ingresado al servicio de neonatología.

Tabla N° 29

OBSERVAR APARATOS CONECTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	16	52%
A VECES	13	42%
NUNCA	2	6%
TOTAL	31	100%

Grafico N°29



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

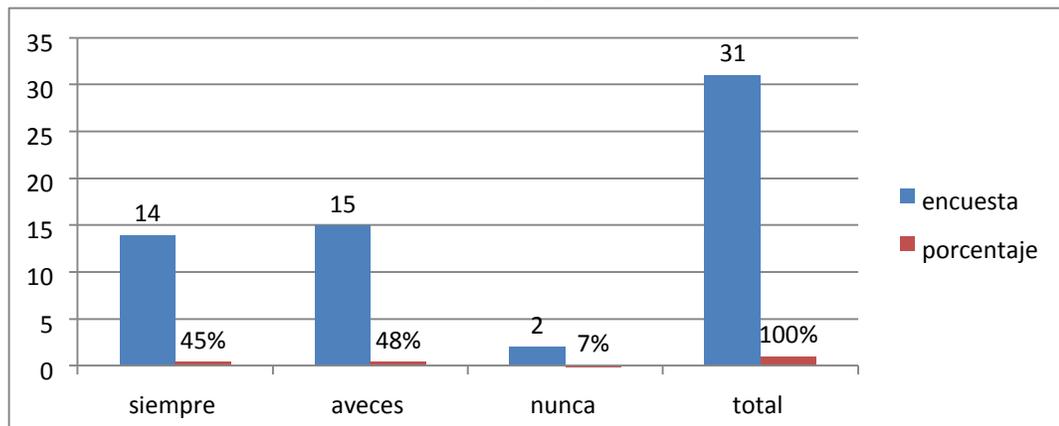
ANÁLISIS: mediante el estudio y análisis de los resultados se logra determinar que el 52% de los usuarios han observado que siempre el profesional se preocupa por observar contantemente al neonato, mientras tanto con un porcentaje de 42% menciona que no lo hace de manera constante y con el 6% menciona que nunca lo hace, el monitorear constantemente aparatos utilizados hace que la atención brindada sea adecuada observando que el muchas de las veces el profesional cumple con los requerimientos establecidos en los protocolos de atención de un neonato, donde menciona la constante observación del neonato logrando el confort y adecuada recuperación del mismo.

5.2.13. Distribución de resultados en relación a recibir información del personal de enfermería sobre la evolución de la enfermedad de su hijo/a ingresado en el servicio de neonatología.

Tabla N° 30

INFORMACIÓN SOBRE EVOLUCIÓN DE EL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	14	45%
A VECES	15	48%
NUNCA	2	7%
TOTAL	31	100%

GRAFICO N° 13



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

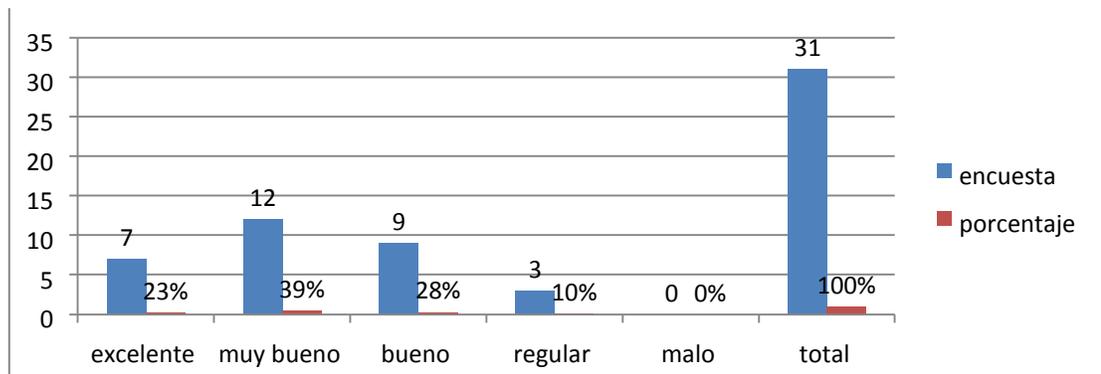
ANÁLISIS: Según las encuestas aplicadas se determina que el 48% de los usuarios no recibe información contante sobre la evolución del paciente, mientras tanto el 45% menciona que siempre recibe información y correspondiente al 7% menciona que nunca lo hace, con lo que se determina la importancia de mantener una comunicación enfermero paciente, ya que al mencionar contantemente la evolución del neonato mantenemos la tranquilidad y seguridad de la madre hacia el servicio, logrando cumplir el objetivo de un servicio, q es brindar una atención de calidad y calidez, obteniendo la confianza del paciente o madre.

5.2.14. Distribución de resultados en relación al trato que recibió por parte del profesional de enfermería hacia el usuario que acude al servicio de neonatología.

Tabla N° 31

TRATO RECIBIDO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	7	23%
MUY BUENO	12	39%
BUENO	9	28%
REGULAR	3	10%
MALO	0	0%
TOTAL	31	100%

Grafico N° 31



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo
 RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

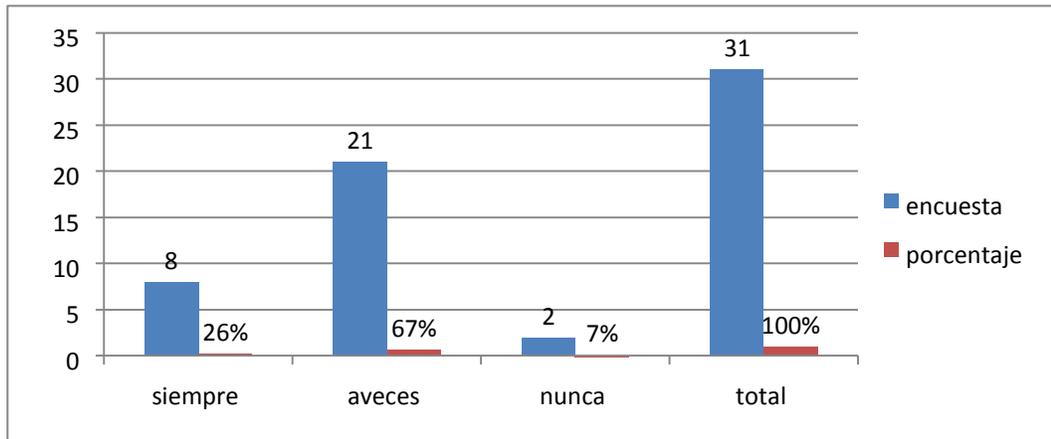
ANÁLISIS: Del total de pacientes encuestados se determinó que el 39% de los usuarios califican al trato por parte del profesional de enfermería como muy bueno, mientras tanto con un 23% con calificación de excelente, con un 28% correspondiente a Bueno y con un 10% de manera regular, el adecuado trato al usuario por parte del profesional logra mantener la confianza del usuario y una mayor demanda de pacientes al servicio, observando que el servicio aplica normativas de atención de calidad y calidez, logrando entender que si mejoramos el trato y la comunicación con el paciente lograremos la excelencia adecuada.

5.2.15. Distribución de resultados en relación a comunicación profesional de enfermería y usuario que acude al servicio de neonatología.

Tabla N° 32

COMUNICACIÓN ENFERMERA PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	8	26%
A VECES	21	67%
NUNCA	2	7 %
TOTAL	31	100%

Grafico N°32



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

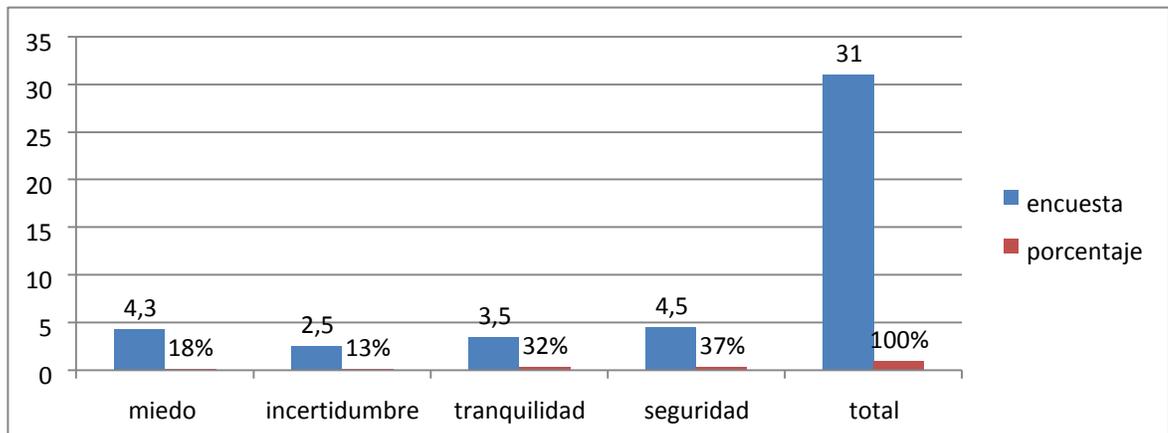
ANÁLISIS :Con la pregunta establecida se determinó que el 67% de pacientes mantienen una irregular comunicación el profesional de Enfermería, mientras tanto el 26% menciona que siempre se mantiene comunicado con el profesional y el 7% menciona que nunca lo hace, con la comunicación adecuada se lograr obtener la confianza del usuario para poder brindar la atención adecuada como profesionales de Enfermería, con estos resultados observaos que según la percepción del usuario no se mantiene una la comunicación necesaria para poder entablar un laso de confianza entre profesional y usuario.

5.2.17. Distribución de resultados en relación a que sintió al ingreso de su hijo al servicio de neonatología

Tabla N° 33

INGRESO DE SU HIJO A NEONATOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Miedo	7	18%
Incertidumbre	5	13%
Tranquilidad	12	32%
Seguridad	14	37%
Total	31	100%

Gráfico N° 33



FUENTE: Encuestas aplicadas al usuario externo

RESPONSABLES: Franklin Cárdenas - Mery Guerrero

ANÁLISIS: Los resultados reportan que un índice correspondiente a un 37% de pacientes tuvieron seguridad al ver a su hijo ingresar al servicio en estudio, mientras tanto que el 32% menciono sentir tranquilidad, correspondiente al 18% mencionaron miedo y con un 13% incertidumbre, observando que gran cantidad de pacientes obtuvieron el sentimiento de seguridad, por lo que es necesario plantear un plan de acción para lograr mejorar todos los aspectos de comunicación para así mantener un servicio con atención de calidad y calidez.

5.3. Conclusiones

Una vez concluido con el trabajo de investigación bibliográfico, documental y de campo, PERCEPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y EFECTIVIDAD EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HLGD SEGÚN LA EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS Y PROPIOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA PERIODO 2012, permitió llegar a las siguientes conclusiones

5.3.1 el talento humano del servicio de neonatología y específicamente el número de profesionales de enfermería no cubren las de manadas de usuarios que acuden a esta casa de salud, lo que impide brindar una atención con calidad y calidez.

5.3.2 La atención que brinda el profesional de enfermería al usuario en el servicio de neonatología, según la percepción del profesional, se cataloga como muy buena, así como también el ambiente laboral.

5.3.3 El servicio de neonatología a pesar de tener insuficiente talento humano para la prestación de servicio de salud, dispone de profesionales de Enfermería con título de tercero y cuarto nivel, lo que repercute en la calidad de servicios que presta s los usuarios

5.3.4 En el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila, con los resultados obtenidos en la investigación, se pudo determinar falta de comunicación del profesional de Enfermería, en relación al estado del paciente, tratamiento y cuidados que brinda el personal de Enfermería.

-5.3.5 De los resultados obtenidos de la investigación se puede evidenciar que un alto porcentaje, que corresponde al 93% de profesionales de Enfermería, se dedican al cuidado directo y apenas un 7% de las profesionales de Enfermería se dedican al cumplimiento de funciones administrativas, lo que demuestra que el usuario recibe una atención personalizada.

5.3.6 En relación a la función de cuidado directo que cumplen los profesionales en el servicio de neonatología, las medidas de confort y comodidad, así como la observación de equipos en buen estado no se lo cumple siempre, lo que incide en la pronta recuperación del paciente, siendo esta una responsabilidad de enfermería.

5.3.7 Los usuarios del servicio de neonatología perciben falta de confianza y seguridad, en la atención que brinda el personal de Enfermería a su hijo, debido a la excesiva demanda de pacientes y el insuficiente número de talento humano que presta sus servicios.

-5.3.8 En el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila, los profesionales de Enfermería refieren falta de insumos que permitan realizar con eficiencia y efectividad la aplicación del proceso de atención de enfermería, lo que incide en la calidad de atención brindada.

- 5.3.9 Los profesionales de Enfermería del servicio de neonatología del hospital Gabriel Dávila, manifiestan que no se cumple a cabalidad la aplicación de normas y protocolos en atención al usuario repercute en la calidad de la atención.

5.3.10 La escuela de Enfermería de la Universidad técnica del norte, en fortalecimiento a la estrategia de integración docente asistencial, aporta con una "guía de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila, para su aplicación afectiva por el profesional de Enfermería", instrumento a ser implementado el servicio para mejorar la calidad de atención.

5.4. Recomendaciones

Habiendo concluido el trabajo de investigación con el tema: “PERCEPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y EFECTIVIDAD EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DE HLGD SEGÚN LA EVALUACIÓN DE LOS USUARIOS Y PROPIOS PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA PERIODO 2012” y en base a los resultados obtenidos se pone en consideración las siguientes recomendaciones:

5.3.1 El ministerio de salud pública , deberá concienciar y gestionar la necesidad de demanda de talento humano en el servicio de neonatología específicamente en consideración en la gran afluencia de usuarios dada la gratuidad de la salud mediante la creación de nuevos puestos de trabajo , específicamente para profesionales de enfermería , con el fin de mejorar la calidad de atención de todos los procesos de salud

5.3.2. El Ministerio de salud pública a través de sus directivos y líderes, deberá considerar en el plan operativo anual, programas de capacitación permanente dirigidos a los miembros del equipo de salud que laboran en el servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, con temas sobre relacionadas con la aplicación de normas y protocolos.

5.4.3 Los directivos y/o líderes miembros del equipo de salud que laboran en el servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila de la ciudad de Tulcán, deberán acoger e implementar la guía de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila para su aplicación efectiva por el profesional de enfermería” como un instrumento de apoyo educación del paciente, familia y comunidad.

5.4.3 El ministerio de salud pública en los diferentes niveles de atención de salud deberá considerar en el presupuesto anual la cantidad suficiente de insumos, materiales y otros, que garanticen la efectividad en la aplicación de los procesos de atención de salud.

5.4.4 Los líderes del servicio de neonatología y directivos del hospital Luis Gabriel Dávila deberán acoger las recomendaciones emitidas en el presente trabajo, Asia el nivel de gestión correspondiente, con la finalidad de mejorar la calidad de atención en el servicio de neonatología

5.4.5 Los líderes del servicio de neonatología y directivos del hospital Luis Gabriel Dávila deberán acoger e implementar la guía (de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila, para su aplicación efectiva por los

profesional de enfermería, como un instrumento básico en la atención diaria del usuario para contribuir a mejorar la calidad de atención.

CAPITULO VI

6.1.- PROPUESTA

“GUÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN PARA EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL LUIS GABRIEL DÁVILA PARA SU APLICACIÓN EFECTIVA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

El trabajo de investigación desarrollado sobre “Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012.”, ha permitido a visualizar de forma clara la situación real de los aspectos por los cuales los pacientes y el profesional de enfermería no perciben que la atención de salud sea de calidad y de calidez , permitiendo elaborar una propuesta para dar a conocer sobre lo que es la calidad de atención en salud, con este objetivo se lograra mediante la elaboración de una “Guía de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila para su aplicación efectiva por el profesional de enfermería”, la misma que constituirá una herramienta de trabajo, prevención y promoción de la salud, para los profesionales de enfermería del servicio de neonatología y los usuarios; la presente guía está fundamentada en principios científicos, para así lograr brindar conocimientos actualizados acerca de aspectos referentes a la calidad en la atención de salud.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

“La Universidad Técnica del Norte es una institución de educación superior, pública y acreditada, forma profesionales de excelencia, críticos, humanistas, líderes y emprendedores con responsabilidad social; genera, fomenta y ejecuta procesos de investigación, de transferencia de saberes, de conocimientos científicos, tecnológicos y de innovación; se vincula con la comunidad, con criterios de sustentabilidad para contribuir al desarrollo social, económico, cultural y ecológico de la región y del país”.

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

MISIÓN

La Facultad Ciencias de la Salud es una Unidad Académica de educación superior, pública y acreditada, forma profesionales de excelencia, éticos, críticos, humanistas, líderes y emprendedores con responsabilidad social; con capacidades para diagnosticar, prevenir, promocionar y recuperar la salud de la población contribuyendo así en el mejoramiento de calidad de vida; se vincula con la comunidad, con criterios de sustentabilidad para aportar al desarrollo social, económico, cultural y ecológico de la región y del país.

VISIÓN

La Facultad Ciencias de la Salud en el próximo quinquenio continuará mejorando los procesos académicos – administrativos con fines de acreditación que se constituirá en referente en la formación de profesionales competentes, humanistas y éticos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y salud de la sociedad.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, realizado como producto del estudio de investigación con el tema Percepción de la organización y efectividad en la calidad de atención del personal de enfermería del servicio de neonatología del hospital Luis G. Dávila, según la evaluación de los usuarios y los propios prestadores de los servicios de enfermería periodo 2012. Pretende brindar un aporte de conocimientos básicos y fundamentales en el proceso de atención de enfermería, a través de la elaboración de la guía de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila para su aplicación efectiva por el profesional de enfermería, la misma que está dirigida tanto al cliente interno como a el externo para ser utilizada en la práctica diaria y de esta manera aportar en los procesos de atención y recuperación del usuario.

Las percepciones de los usuarios sobre distintos aspectos de gestión y elementos de los servicios, el trato otorgado por el personal de salud a los pacientes es el que tiene mayor incidencia en cuanto a la satisfacción con distintos aspectos de la gestión del establecimiento hospitalario. Por otra parte, los tiempos de atención al usuario es el aspecto del servicio que mayor incide en la satisfacción global con el servicio recibido. Se valoraron los niveles de satisfacción general de los pacientes con respecto a los profesionales de enfermería y su comportamiento. Se consignaron las variables clínicas y demográficas: edad, sexo, estancia hospitalaria. Los elementos que guardan mayor relación con respecto a la satisfacción fueron el ambiente físico y el trato recibido por el personal que brinda los servicios de salud

La escuela de enfermería de la universidad técnica del norte , a través de sus estudiantes de último año ,previa a la obtención de título de licenciados en enfermería optado por realizar estudios investigativos en los diferentes niveles de atención del ministerio de salud pública , con la finalidad de dar solución a problemas detectados , mediante la presentación de propuestas viables que garanticen su aplicación en el

trabajo diario ,enfaticando encaminados a mejorar la calidad de atención propiciando satisfacción tanto al cliente interno como el cliente externo .

Presentación

El acceso a los Servicios de Salud requiere atención en dos aspectos estrechamente relacionados: garantizar que la población tenga acceso a los servicios de salud cuando lo necesite, y buscar que, la que ya lo tiene, tenga la capacidad de recibir la atención que requiera sin poner en riesgo su patrimonio.

El servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila, dentro de su nivel de atención garantiza la calidad y calidez de prestación de servicios, a través del equipo multidisciplinario de salud, que ejerce su acción en beneficio de la salud del recién nacido de la región norte del país; por lo tanto demanda gran importancia el rol de desempeño que cumplen todos y cada uno de los miembros del equipo de salud, debiendo permanecer permanentemente actualizados y capacitados en temas relacionados con la calidad de atención que debe recibir el neonato.

Actualmente se hace imprescindible y necesario mantener una visión de trabajo en equipo, donde la colaboración entre los prestadores de servicios de salud compartiendo responsabilidad hacia un objetivo común para contribuir en el mejoramiento de la calidad de atención que se hará evidente con la pronta recuperación del usuario.

Objetivos

Objetivo General:

- Actualizar al talento humano de enfermería del servicio de neonatología a través de la utilización de la “Guía de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila para su aplicación efectiva por el profesional de enfermería” como instrumento practico de uso diario en la atención del usuario para mejorar la calidad de los cuidados.

Objetivos específicos:

- Promover una atención de calidad y calidez a los pacientes que acuden al servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila y al profesional de enfermería.
- Implementar en el servicio de neonatología del Hospital Luis Gabriel Dávila la “Guía de calidad de atención para el servicio de neonatología del hospital Luis Gabriel Dávila para su aplicación efectiva por el profesional de enfermería” para la mejora de la calidad de atención del usuario.
- Fortalecer los conocimientos del paciente, familiares y personal de salud sobre la importancia de la atención de salud con calidad y calidez.
- Contribuir a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas los profesionales de enfermería en lo que se refiere a calidad de atención de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería / Manual ..Escrito por María Carolina Ortega Vargas, María Guadalupe Suarez Vázquez
- Indicadores básicos 2001.Washington,DC: OPS; 2001
- Hernández, Sampieri. Roberto. Metodología de la investigación 2a. Edición. Editorial McGraw-Hill, México 2004.
- Polit, Denise, F. Hungler Bernadette P. Investigación científica en ciencias de la salud, 5ta. edición. Mc-Graw Hill Interamericana, Editores, S.A. México, D.F. 2006.
- Ministerio de Salud Pública. Transformación Sectorial Régimen de Derecho a la Salud de prestaciones garantizadas 2009.
- OPS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores básicos 2005.Washington, DC: OPS

LINCOGRAFÍA

- <http://www.monografias.com/trabajos12/guiainf/guiainf.shtml>.
- http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.htm.
- http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.htm.
- http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1995000300018.
- <http://www.google.com/search?hl=es&q=nivel+de+satisfaccion+del+paciente&lr=&aq=1&oq=nivel+de+satisfacc>
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/remuzgo_aa/Matmet.pdf
- <http://www.vidaysalud.com/babylooneytunes/?gclid=CPN8dfy6p4CFcNM5QodVXHwcQ>
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/remuzgo_aa/Conc_u.pdf
- http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/remuzgo_aa/Mat_met.pdf