



Universidad Nacional de Rosario
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en administración
de Servicios de Enfermería

**“PERCEPCION DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN LA ATENCION
DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y LA SATISFACCIÓN DE LOS
SUJETOS ADULTOS DE 18 A 65 AÑOS EN REINTERNACIÓN
EN UN HOSPITAL PUBLICO DE ROSARIO DE OCTUBRE
A NOVIEMBRE DE 2012”**

Director: Dra Graciela Simonetti
Maestrando: Lic. Olinda T. Godoy
Rosario,

Investigación para optar al Pos grado de Maestría en administración de Servicios de Enfermería

Agradecimiento

Agradezco a los que me escucharon aún cansados.

A mi familia sin la cual, no hubiera tenido las fuerzas

A mi Directora quien me oriento, motivo y muchas veces escucho mi confusión metodológica

A mis padres que me permitieron dar el paso

A la Lic. Gloria Rosiani Jefa de Enfermería del HPC

A Nora Miranda, Lic. Cristian Focá, Lic. Adriana Oliva Jefes de Sala y a Lidia Gómez Coordinadora de UCO.

A mis colegas mi gratitud.

Resumen

Es valioso para Enfermería tener conocimiento de la percepción para diagnosticar, interpretar y planificar por medio de la identificación del sujeto la aproximación a las metas que le permiten mantener la salud. La calidad es la forma en que cada persona mide, por lo que ve y siente su satisfacción, respecto al servicio que recibe. Es por eso que la actitud que asuma la persona hacia el equipo sanitario, sobre todo en la re-internación y que estará estrechamente relacionado con el contenido tenido en el período inicial de su enfermedad.

El objetivo de la investigación es describir y analizar la relación que existe entre la Percepción de la calidad de los cuidados, la atención brindada por el profesional de salud y la satisfacción de los sujetos adultos de 18 a 65 años en re internación en un Hospital público en Rosario

La investigación es de tipo no experimental, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal. La técnica de recolección de datos fue una entrevista y los instrumentos, una encuesta semi-estructurada y cuestionario de opción múltiple SERVOQUOL. Para el análisis de la información se utilizó el programa informático SPSS v.20 y estadístico Chi cuadrado con un grado de confianza del 95%

El 94 % de los sujetos estuvieron satisfechos con la percepción de la Calidad de los cuidados, y el 84 %.recomendaría el Hospital a otras personas.

El 90 %.valoro la accesibilidad para llegar al hospital, el trato personalizado fue percibido como satisfactorio en el 78.% , el interés por parte del personal para solucionar sus problemas fue del 80 %

Los estudios revelan un 94 % nivel de Calidad de los Cuidados, y .de Atención de satisfacción 9 de cada 10 estaban satisfechos o muy satisfechos con los cuidados y Atención recibida y recomendarían el Hospital a otras personas, los indicadores más vinculados con la satisfacción fueron las relacionadas con el personal

Palabras clave : Percepción- Calidad - Cuidados – Atención- Satisfacción-Sujetos adultos hospitalizados-re-internación

Índice General

Índice	Pág.
Resumen	3
Indice General.....	5
Introducción	
Estado actual del conocimiento del arte.....	8
Propósito	14
Delimitación del problema.....	15
Objetivos	16
Marco Teórico.....	17
Material y Métodos	
TipodeEstudio.....	60
Sitio o contexto de la investigación.....	61
Población.....	66
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	67
Resultados – Plan de Análisis.....	68
Discusión	70
Conclusiones	74
Anexos	
Instrumento	77
Tablas	
Tabla N° 1: Distribución de los sujetos en re internación.....	81
Tabla N° 2: Aspectos tangibles de la calidad percibidos	

por los sujetos en re internación	90
Tabla N° 3: Aspectos intangibles de la calidad percibida.....	93
 Gráficos	
Gráfico 1: Distribución de los sujetos en re internación según antecedentes de patologías previas.....	82
Gráfico N° 2: Perfil del acompañante de los sujetos en re internación	83
Gráfico N° 3: Tipo de ingreso al efector de los sujetos en re internación	84
Gráfico N° 4: Número de ingresos en el hospital en el último año de los sujetos en reinternación	85
Gráfico N° 5: Valoración de los sujetos sobre si se les brindó información suficiente sobre los cuidados que requerirían después del alta hospitalaria.....	86
Gráfico N° 6: Valoración de los sujetos sobre el tiempo que estuvieron internados.....	87
Gráfico N° 7: Satisfacción global con los cuidados recibidos Durante la hospitalización de los sujetos en re internación	88
Gráfico N° 8: Recomendación del Hospital por parte de los sujetos en re internación.....	89
Gráfico N° 9: Aspectos tangibles de la calidad percibidos de manera positiva o negativa por los sujetos en re internación	92
Gráfico N° 10: Aspectos intangibles de la calidad percibidos de manera positiva o negativa por los sujetos en re internación.....	95

Gráfico N° 11: Comparación de la puntuación media por dimensiones y total del SERVQHOL según respuestas de los sujetos en re internación	96
Bibliografía	98

INTRODUCCIÓN

La calidad y la satisfacción¹ son dos conceptos que tienen gran interés y aplicación en la gerencia. Ambos han sido estudiados desde mediados del siglo XX. Sin embargo, hablar de calidad y satisfacción aún resulta complejo.

La literatura evidencia múltiples definiciones que impiden conocer una definición Universal. Existe consenso en que la calidad, con relación a la satisfacción, debe ser vista bajo dos tendencias: objetiva y subjetiva

La calidad se ha definido como aquellas características que responden a las necesidades del sujeto

El estudio de un concepto complejo y multifactorial denominado: “Calidad Percibida” el cual consiste en una ecuación entre las expectativas y percepciones que determinan el nivel de satisfacción del sujeto.

Un punto de referencia útil², pero no suficiente, es la disyuntiva en que tradicionalmente se plantea la función del concepto de satisfacción, bien como variable dependiente (en cuyo caso la calidad puede ser una de las explicaciones) o como variable independiente (en cuyo caso se pretende explicar, entre otros aspectos, la calidad). El que los dos conceptos ocupen posiciones funcionales diferentes no elimina la posibilidad de que uno de ellos pueda representar o ser indicador del otro. Sin embargo, se debe admitir que en esta perspectiva la

¹Borre Ortiz Yeis Miguel, Vega Vega Yolanda CIENCIA Y ENFERMERIA XX (3): 81-94, 2014 ISSN 0717-2079 CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

² Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos [Revista Gerencia y Políticas de Salud](#) *Print version* ISSN 1657-7027 Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007 revistas.javeriana.edu.co › Inicio › Vol. 6, Núm. 13 (2007) › Velandia Salazar

satisfacción no se puede llegar a entender como uno de los atributos de la calidad o como la calidad misma, aproximación interesante que es propia de tendencias recientes.

Las instituciones de salud (principalmente privadas) han mostrado interés por mejorar la calidad de sus servicios. Una forma de hacerlo ha sido mediante la evaluación objetiva y subjetiva con el fin de lograr la satisfacción de expectativas del mismo, dando importancia a la opinión , convirtiéndose la satisfacción del usuario en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad

El tema de origen de esta tesis provocó la lectura de numerosas investigaciones y publicaciones nacionales e internacionales referidas a este tema³ como de teorías

³ Cabrera García Julio, Miguel Richart Martínez y otros "Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta " Universidad de Alicante www.dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/satisfacción-del-paciente-hospitalizado.pdf

-Correa Edgar Ing. M. Sc "Teoría y Pensamiento Administrativo-Breve biografía de Peter Druke "Practice of Management .Noviembre 2006 <http://www.gestiopolis.com/canales/7/ger/biografia-de-peter-druker.htm>

-Gonzales Morales Dunia, Ernesto Michael Acosta Ortega. "Calidad de servicio percibida en los puntos de venta "El encanto""Praga" y "Riviera" de la cadena de tiendas Panamericanas en Santa Clara". Observatorio de economía Latinoamericana. Revista Académica de Economía. Economía de Cuba. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas. www.eumed.net/cursecon/ecolat/eu/2009/gmao.htm.

-Ibarrola Izura S, Beortegui E y otros "Evaluación de la Satisfacción con los cuidados de Enfermería en el área del Hospital de cardiología" Enfermería en cardiología N° 53/2º cuatrimestre 2011 pág. 27 www.enfermeriaen cardiologia.com/revista/53_03.pdf

- Mira J.J., J.A. Buil, J Aranz y otros ¿Que opinan los pacientes de los hospitales publicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. Departamento de psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández San Juan de Alicante. Gaceta Sanitaria .Julio 2000. Vol 14 N° 14 pág. 291-293.

-Lic. Ortigón Chapa María Cristina "Satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería" Universidad Autónoma de Nueva León. 2002. Facultad de Enfermería. eprints.uanl.mx/1345/1/1080116257.PDF

-Reyes Gómez Blanca Esthela, Omar Rafael Aceituno Cerrado."Satisfacción de la Atención en la consulta General a usuarios mayores de 15 años. Centro de Salud Flor de Campo. Tegucigalpa. Honduras" .Julio 2004.

que abordan la relación de la percepción de la calidad de los cuidados según sus necesidades y la atención recibidos por el paciente por parte del personal de enfermería.

El sexo , la edad, el nivel de instrucción, el lugar de residencia , el estado civil, la filiación parental y la satisfacción de los sujetos , son variables importantes en un Hospital público auto gestionado, con una historia académica muy arraigada en la población, ser un Hospital Escuela y más aún con la cercanía inmediata a la Facultad de Ciencias Médicas, que posee prestigio en la población en general donde se da por sentado que confluyen formación, prácticas médicas y de Enfermería de buen nivel.

El poder identificar como percibe la Calidad de los Cuidados recibidos por los sujetos hospitalizados, conocer las características de la población que utiliza el efector, conocer la mirada que tiene el sujeto de la atención que brindamos , es indispensable para comenzar a pensar en cuidados eficaces y eficientes .

En el documento de la OMS⁴, uno de los factores determinantes de las desigualdades en la Salud, es la Calidad de los Servicios, expresando que se deben analizar dos dimensiones de Calidad de atención.

En primer lugar, la relación médico-paciente, en la que pueden entrar en juego los sesgos ideológicos del personal y los servicios, y en segundo lugar la destreza y el tamaño del equipo profesional y la disponibilidad y el empleo de tecnología ,

-Villanueva Alejandra, Pedro Riega y otros "Cumplimiento de estándares de la calidad de atención del parto institucional y niveles de satisfacción de usuarios "Revista Peruana de Epidemiología.2003 11/11.

⁴ ALMA ATA-OMS/Asamblea Mundial de la Salud documento 2007 "Plan estratégico 2008-2013

además del modelo de salud utilizado por el equipo sanitario; las prácticas orientadas a la prevención de enfermedades y promoción de la salud (o la falta de dichas prácticas)

Coincidiendo con lo anteriormente sustentado⁵ el Derecho a la Salud tiende a alcanzar la meta de “Salud para todos” basados en criterio de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, se creó el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION MÉDICA , en el cual se agrupan un conjunto d actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar el nivel de calidad y que hacen a la habilitación y categorización de los Establecimientos Asistenciales , al control del ejercicio profesional del personal que integra el equipo de salud , a la fiscalización y control sanitario, la evaluación de la atención médica y la acreditación de los servicios de salud.

Es necesario por ello , contar con normas de organización y funcionamiento y manuales de procedimientos de Atención médica , cuya elaboración se encuentra también contenida en el citado Programa Nacional y en la que participan Entidades Académicas, Universitarias y Científicas de profesionales y prestadores de servicios asegurando de esta forma una participación pluralista con experiencia y rigor científico

Graciela Cipolletta⁶ (2009) refiere que en muchos aspectos y dimensiones existe relacion entre la satisfacción , la utilización de los servicios y las conductas de los sujetos, siendo la satisfacción tomada en cuenta en la evaluación de la calidad de

⁵ Ministerio de Salud y Acción Social. Decreto N° 1269 del 20 de Julio de 1992. Publicado el 3 de Noviembre de 1995

⁶ Cipolletta Graciela. Revista latinoamericana de derecho social. N° 8. Enero Junio 2009 pág. 3 -51

los servicios de salud, reconociendo las necesidades reales de la diversidad de otros actores sociales, para mejorar los servicios .

El rol profesional de la Enfermera, según Bruner y Suddarths⁷(2009)consiste en las acciones que la/os enfermeras/os tienen que asumir, la responsabilidad de satisfacer la salud, brindar cuidados de enfermería y satisfacer las necesidades de los pacientes , sus familiares y otras personas significativas.

Como refieren las autoras “las necesidades de los pacientes varían en función de sus problemas, asociados a circunstancias y experiencias del pasado. Una de las funciones de los/las enfermeras/os en la atención de salud es identificar en el paciente, las necesidades inmediatas y tomar medidas para hacerles frente y su consecuente satisfacción”

Es lógico pensar entonces que un déficit en la calidad de los cuidados es considerado un perjuicio en el proceso de su recuperación de la salud del sujeto, profundizándose aún más cuando la internación se prolonga o deben re internarse por cuadros de cronicidad.

Según Videla, M. ⁸, existe un consenso sobre la necesidad de replantear los modelos bajo los cuales se han venido abordando las acciones y servicios de salud por parte de los gobiernos e instituciones encargados en proporcionarlos. Numerosos eventos y documentos a nivel nacional e internacional dan buena cuenta de ello. El reconocimiento del peso excesivo otorgado a la atención

⁷--- Brunner and Suddarth's textbook of Canadian medical –surgical nursing- Rene A Day, Pauline Paul, Beverly Williams 2009. [books.google.com.ar/books? isbn=0781799899...](http://books.google.com.ar/books?isbn=0781799899...)

⁸ Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires: Ediciones Cinco, pp. 269 <http://www.redalyc.org/pdf/805/80525320.pdf>

hospitalaria y curativa en detrimento de la calidad de atención que se podría proveer a la ciudadanía en general, ha repercutido en una orientación hacia la prevención y más recientemente hacia la promoción de la salud.

Por lo anterior mencionado se pensó necesario poder contar con información local sobre la relación entre la percepción de la calidad de los cuidados brindados por el personal de enfermería y como es que influye en la satisfacción de los sujetos en re internación en un Hospital Público de Rosario

PROPOSITO

Conocer cómo percibe el sujeto el cuidado enfermero permitirá enfocar medidas y estrategias a fin de permitir una mejor atención y pronta recuperación del sujeto.

Proporcionar a la dirección del Hospital los resultados obtenidos para promover la protocolización y estandarización de los cuidados de Enfermería que se realizan en los servicios de Clínica Quirúrgica y Cardiología y aportar los conocimientos para diseñar estrategias que mejoren la calidad del cuidado sujeto-enfermero

PROBLEMA

¿Qué relación existe entre la Percepción de la calidad de los cuidados de los enfermeros, la atención brindada y la satisfacción de los sujetos de 18 a 65 años en re internación de un Hospital Público de Rosario durante los meses de Octubre a Noviembre del 2012?

OBJETIVO GENERAL

Describir y analizar la relación entre la Percepción de la calidad de los cuidados y la atención de enfermería y la satisfacción de los pacientes adultos de 18 a 65 años en re internación, en un Hospital Público de la ciudad de Rosario en los meses de Octubre a Noviembre de 2012

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características de los sujetos adultos hospitalizados
- Identificar la calidad de atención brindada según las características de los sujetos hospitalizados
- Analizar los factores medioambientales y de relaciones interpersonales que influyen en la percepción de los servicios por parte de los sujetos
- Determinar la relación entre la percepción de la calidad de los cuidados y la atención de los enfermeros con respecto a la satisfacción de los sujetos adultos de 18 a 65 años en re internación.

MARCO TEÓRICO

Cuando una crisis de salud se presenta ⁹, una gran parte de la población debe recurrir a la asistencia en los efectores públicos, como lo demuestran los datos estadísticos, con picos en las épocas invernales y/o estivales, comprendiendo los datos registrados a grupos etáreos específicos, siendo para muchos la primera vivencia, el primer contacto en la crisis con este tipo de efectores.

Como antecedentes de este primer contacto con la atención pública se escucha frecuentemente, por parte de las personas, expresiones como la presencia de dificultades originadas en las malas condiciones económicas del momento; la necesidad de abandonar el sistema pre pago de salud con que se contaba; la precariedad del empleo u ocupación que no cubren sus necesidades de atención de salud; el desempleo, que los deja sin cobertura de ningún tipo, siendo el efector público la única opción posible ante la crisis...pero también hay una población cuyas condiciones de pobreza podría decirse son como consecuencia de una transmisión generacional, los hay con trazos de miseria, pauperismo marcado o indigencia total y por consiguiente en ellos la crisis se vivencia de forma diferente

Al Hospital público ingresan sujetos con distintos diagnósticos, que luego de haber esperado, la mayoría de los casos, horas en la guardia, en donde por la gran demanda de atención, estos sujetos quedan relegados ante los cuadros más agudizados. Una vez que el sujeto es atendido, si el malestar es muy severo, se

⁹ Tobar, Federico. "Herramientas para el análisis del Sector Salud". Breve historia de la prestación del sector Salud en la Argentina 23/08/01 "El Hospital Público". pág. 16 http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

hace necesario ser trasladado de inmediato a Unidad de Cuidados Intensivos, a la Unidad de Cuidados Coronarios o directamente a quirófano

La mayoría de las veces , no solamente han tenido ingresos anteriores a estos servicios , sino que esos ingresos son generados por situaciones cada vez más graves, comprometiendo su vida

Entre los actores sociales participes de la atención del sujeto y que desarrollan actividades independientes e interdependientes se encuentra Enfermería

La enfermería ¹⁰ ayuda a la persona, el profesional de enfermería requiere trabajar de manera independiente con otros miembros del equipo de salud. Las funciones de la enfermera son las de plantear el plan de cuidados para brindar una atención de calidad satisfactoria para su salud.

Los parámetros de calidad y satisfacción no son términos efímeros. Hoy en día se pueden medir, pero se observa que no se tiene en cuenta. Dependen del contexto donde se encuentren las dependencias de los efectores entre otros. Los términos que se quieren medir no son similares¹¹, sino que se complementan, no hay uno sin el otro, uno es proceso, el otro resultado¹². Corresponde a los sujetos determinar la necesidad del cumplimiento de los indicadores de calidad, sencillos de medir , si se tiene en cuenta la satisfacción de los mismos .Directamente el brindar servicios de calidad promoverían en las autoridades solicitar los recursos apropiados para brindarlos .

Partiremos contextualizando al sujeto de atención-paciente.

¹⁰ Allgood Martha, Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería 7º Edición Cap. 5 pág. 56

¹¹ Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro Satisfacción y Calidad : análisis de la equivalencia o no de los términos Revista Gerencia y Políticas de Salud
Print version ISSN 1657-7027Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007

¹² Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984

Paciente deriva del latín *patiens* (padecer, sufrir) es aquel que tiene paciencia, que tiene la capacidad de soportar o padecer algo, o, saber esperar¹³.

La paciencia es un rasgo valioso, es la capacidad de tolerar la espera, la demora o la frustración, controlando emociones y soportando el proceso.

Se sabe utilizar a la persona que padece físicamente y que se encuentra bajo atención médica.

Se lo identifica como el conjunto de síntomas, el diagnóstico médico, el tratamiento y por último como resultado. Pero no debe olvidarse que existen diversos tipos de pacientes, en lo que respecta a su personalidad, paciencia, empatía.

Un sujeto¹⁴ paciente es aquel que es tolerante aguardando el tiempo necesario sin mostrar alteración.

Estos conceptos son compartidos también por la filosofía.

El término paciente para la finalidad de la presente investigación se tomara no de manera literal sino como sujeto.

Sujeto como actor social inmerso en un determinado momento, contexto, cultura, que busca atención para un problema de salud.

Según Imágenes King "Persona es Ser social, emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos orientado hacia una acción y en el tiempo, posee el correcto auto-conocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud"¹⁵

¹³ Julián Pérez Porto y María Merino-"Definición de Paciente"2013 (<http://definicion.de/paciente/>)

¹⁴ Blogs.infobae.com/abracalabra-palabra/2013/11/19/ser-paciente-o tener-paciencia

¹⁵ Allgood Martha, Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería 7ª Edición Año 2011 Cap. 15 pág.286- 300

Según Iyer, Taptich¹⁶ "Cada persona es un individuo único, interpreta su estado de salud-enfermedad según su perspectiva particular"

Graciela Cipolleta¹⁷ en su artículo refiere que el Estado debe proporcionar todos los medios por ley, de cubrir las necesidades de salud de la población, debe ser de calidad y equitativa

Como experiencia dominante la Enfermería define los alcances de la percepción¹⁸, afina los sentidos, se intensifican las emociones, el tono anímico se ve alterado y la capacidad expresiva agudizada

La percepción, la comunicación y la transacción son conceptos básicos que explican la interacción entre los individuos y los grupos en una sociedad. Las conductas de las personas están influenciadas por la percepción y la interpretación sobre otras personas en la interacción. La conducta se exhibe en función de la experiencia

La influencia de las experiencias pasadas en las percepciones presentes fueron ampliamente estudiadas (Bruegel, 1971; Joelson y Joelson, 1972; Johnson, 1972).

La práctica de Enfermería se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (.Kérouac, 1996)¹⁹

La percepción²⁰ este concepto es esencial para entender a la persona como un sistema y la influencia que tiene la percepción en las interacciones humanas.

¹⁶ Iyer, Taptich, "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" Interamericana-McGraw Hill 2º Edic. España 1993 Cap. 5.

¹⁷ Cipolleta Graciela. Revista latinoamericana de derecho social. Nº 8. Enero - Junio 2009 pág. 3 -51

¹⁸-La Percepción <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>

¹⁹ García Emilio Ignacio "Conceptos Generales y Monitorización de la Calidad Curso sobre acreditación docente y de servicios. Universitarios Universidad Cádiz personal.us.es/egarji/conceptosgeneralesymonitorizacion.p

La percepción es un conocimiento muy importante para el personal de salud, para la recolección e interpretación de la información.

La misma puede estar distorsionada por estados emotivos como la ira , el miedo o el afecto. Las emociones pueden parcialmente cerrar el campo perceptual.

Un elemento importante de la interacción enfermero-paciente ²¹ es la percepción exacta de cada uno de los integrantes, sobre el otro. Esta percepción exacta es el primer paso para buscar metas comunes y explorar los medios para alcanzarlas .

Fisiológicamente la percepción es importante porque aporta datos sobre el diagnóstico inicial influyendo en éste también la edad, el nivel de desarrollo, el sexo y el nivel de educación.

Las imágenes, percepciones, experiencias previas y los conceptos conocidos proveen al sujeto el diagnóstico crudo que forman ideas particulares y culturales.

Para Imágenes King²² es la representación que cada persona tiene de la realidad, conciencia sobre personas, objetos y eventos.

La percepción es un acto que varían según las personas y de uno a otro, como refieren diferentes autores, fundamentalmente en el campo de la psicología y psicopatología.

Estudios realizados sobre la percepción personal , la ven como una expresión del ser humano integrado con propósitos, motivaciones, motivos y metas que influencia el qué y cómo son percibidos .

En cuanto a la re internación y su relación con la percepción ,la teoría de Brunner Suddarth²³ por ejemplo, establece que la persona categoriza los ingresos desde

²⁰ Lyer, Taptich, "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" Interamericana-McGraw Hill 2º Edic. España 1993 Cap. 5

²¹ Du Gas Beverly Witter "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México. 1986 Unidad 3. Cap. 11

²² King Imágenes M. "A Theory for Nursing systems, concepts, process". 1981. Editorial John & Sons. New York. Concepto de Comunicación Pág. 73

las experiencias sensoriales y esas categorizaciones dependen de las experiencias pasadas de la persona (Brunner y Krech 1968)

La percepción está fuertemente unida a la persona desde su posición en un tiempo y espacio basadas en experiencias pasadas, necesidades presentes y valores.

Conocer la percepción del sujeto es una estrategia de investigación que busca comprender los procesos.

La percepción ²⁴del individuo es subjetiva, selectiva, temporal, teniendo los conceptos referidos por otros autores en cuanto su característica

La re internación sugiere que al pasar por situaciones anteriores de hospitalización se debería poseer mecanismos de afrontamientos eficaces , pero esto no siempre se produce.

La familiaridad con el equipo de salud disminuye el estrés de la internación, conociendo las rutinas y los médicos y enfermeras, con las cuales las relaciones interpersonales se ven favorecidas

Hay casos en que el sujeto debe estar hospitalizado por tiempo prolongado e inmovilizado, el conocer al equipo disminuye la angustia , manteniendo los lazos familiares .

El sujeto²⁵ que utiliza a fondo su cuerpo todos los días, poco puede discriminar entre las sensaciones ligadas al cansancio y las necesidades básicas insatisfechas, como también los signos previos de una enfermedad

²³ Brunner and Suddarth's textbook of Canadian medical –surgical nursing-Rene A Day, Pauline Paul, Beverly Williams 2000 books.google.com.ar/books? isbn=0781799899...

²⁴ Tobar, Federico "Diferentes modelos de provisión de servicios médicos en Argentina" pág. 12 http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

Las experiencias vividas, su valoración y la percepción, al igual que la conciencia y la atención, están estrechamente relacionados con la memoria

La percepción (Donavedian²⁶) que el paciente posea acerca del cuidado, es uno de los parámetros para medir la calidad brindada. La no satisfacción, por ende es considerada un perjuicio para su recuperación.

La recuperación de la persona se ve afectada además por factores de orden físico, económico, social, cultural, ocasionando mayores costos para la institución y falta de confianza en la misma, preponderantemente a nivel social

Como refiere Bruner²⁷ las necesidades de los pacientes varían en función de sus problemas, asociados a circunstancias y experiencias del pasado. Una de las funciones de la/os enfermeros en la atención de salud es identificar en el sujeto, las necesidades inmediatas y tomar las medidas para hacerles frente y su consecuente satisfacción

A continuación se detallarán diferentes definiciones de Calidad que ayudaran a comprender la importancia en esta investigación.

Para Avedis Donavedian²⁸ "CALIDAD de la Atención, es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".

²⁵ Watzlawick, Beavin y Jackson. Apuntes para la Gestión de Conflictos, la Mediación, el cambio, la transformación, la prevención del conflicto. Teoría de la Comunicación Humana.
<http://conflictosymediacion.wordpress.com/2012/02/07/teoria-de-la-comunicacion-humana-segun-watzlawick-beavin-y-jackson>

²⁶ Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984

²⁷ SmelterS, Bare B Brunner and Suddarth. Edit Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia 2012 Vol I.Cap 1 pág 5

²⁸ Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984

El autor anteriormente citado²⁹, refiere que la Calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud, en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales. Según el autor la búsqueda de una definición de lo que es la CALIDAD en la atención médica puede, comenzar por la más simple y completa de la atención : el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. Divide el tratamiento o atención o elementos, en el técnico y el interpersonal.

La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud.

Se acompaña de la interacción social y económica entre el Cliente y el facultativo (médico, equipo de salud). De acuerdo con algunas personas, el tratamiento técnico de la enfermedad se conoce como el “arte”.

Puesto que la atención técnica no es completa ni exclusivamente una ciencia , y el cuidado interpersonal es capaz de convertirse, por lo menos en parte, en una ciencia

Donavedian³⁰ expresa que “la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables .De esto se desprende que en una evaluación de la calidad es un juicio sobre sí, un caso específico de la atención medico tiene dicha propiedad y, de ser así en qué medida. Los juicios sobre calidad a menudo no se hacen sobre la atención médica en si sino indirectamente sobre las

²⁹ Opus cita

³⁰ Donavedian, A. “La calidad de la Atención Médica”. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984

personas que la proporcionan y el marco o los sistemas donde se imparte. Como resultado, esas personas y marcos y los atributos de la propia atención se usan alternativa o simultáneamente, tanto como para definir como para juzgar la calidad”

Continúa refiriendo que la Calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales.

La búsqueda de una definición de calidad en la atención médica puede comenzar por lo más simple y completo de la atención y que es el tratamiento médico o de otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado

Donavedian divide el tratamiento o atención o elementos, en el técnico y el interpersonal.

La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud.

Se acompaña de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo (médico-equipo de salud). El tratamiento técnico de la enfermedad se conoce como el “arte”, puesto que la atención técnica no es completa ni exclusivamente una ciencia , y el cuidado interpersonal es capaz de convertirse ,por lo menos en parte , en una ciencia . Estos términos están interrelacionados ,pero es fácil ver cómo la relación interpersonal influye sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico siendo de importancia fundamental para la definición de la calidad en la atención de salud

Para Donavedian ³¹ existen distintos conceptos de Calidad, por extensión , los juicios sobre Calidad a menudo no se hacen sobre la Atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y el marco o sistema donde se imparte.

Al tomar la obra de Donavedian, nos permite vincularnos con las estructuras donde las acciones son producidas, los procesos que las generan, y los resultados reales que tienen sobre los niveles de salud . Termina diciendo “En sentido estricto, el compromiso por elevar los niveles de salud de la población es, inseparablemente, un compromiso por asegurar la calidad de la atención ”

La garantía de Calidad³²se usó principalmente en los hospitales de los países desarrollados , y dependían en gran medida de las normas de atención formuladas por organismos acreditables. En la década de los `80, la Garantía de la Calidad se extendió a la atención primaria de la Salud en los EEUU y en Europa.

En el `85, la OMS y otros comienzan a utilizar el análisis de sistemas y las evaluaciones de los establecimientos para evaluar la calidad de atención.

Actualmente hay un creciente interés en la elaboración de programas nacionales de Garantía de Calidad. Este interés en la Garantía de calidad es un motivo de democratización que han llevado a los políticos a considerar con mayor detenimiento, las demandas de los ciudadanos con respecto a una atención de

³¹ Opus cita

³² **INTERES POR LA GARANTÍA DE CALIDAD (INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL NIVEL LOCAL)** Caja Costarricense de Seguro Social

mejor calidad. Los países se han dado cuenta que las mejoras en la calidad deben venir de las mejoras de la eficacia y eficiencia dentro de los recursos actuales.

Los directores ven la necesidad de una mayor recuperación de costos, pero se dan cuenta que es difícil cobrar por servicios a menos que se mejore la calidad.

La mejora en la calidad y eficiencia se lograra según países que implementaron programas, en 5 años.

Para la medición de la calidad³³evalúa tres áreas que forman parte del proceso por el cual atraviesa el paciente, en todas las oportunidades que toma contacto con el efector y son;

Indicadores de estructura, se denominan a todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona atención.

Indicadores de proceso, se refiere a lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo diagnosticadas además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se llevan a cabo y por último los **Indicadores de resultado** referidos a la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

³³ -Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984

El proceso y el resultado están ligados en una estructura única y simétrica, cualesquiera sean los resultados que se usan para poner a prueba la relación comprendiendo este encadenamiento es donde concluye el debate acerca del cual se proporciona un mejor enfoque para la evaluación.

La revisión constante de la *actividad* que se realiza, se la identifica como una *f fuente de información* que ayuda a ajustar la Calidad mediante modificaciones en el diseño del sistema. En todos estos aspectos y a pesar de la diferencia en el vocabulario, ambos modelos son esencialmente congruentes.

Tres autores citados por Donavedian también definen Calidad: para Ruelas y Frenk la *Calidad* es un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular.

Para Heather Palmer “Un proceso para determinar la *Calidad* que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora. Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición”.

Para Donal Berwick, la mejora continua de la *calidad* es ...un programa independiente de supervisión destinado a asegurar que existan todas las actividades de calidad necesarias y que sean de una eficacia óptima , que los resultados de las actividades de calidad constante sean positivos y que se comuniquen , entiendan y faciliten en forma positiva.

Calidad comienza con Atención³⁴, motivo por el cual las instituciones de salud, posterior a la atención, aplican encuestas de satisfacción a sus usuarios; ya sea por medio físico, virtual o telefónico , debido a que el usuario es quien tiene la oportunidad de juzgar, mediante su experiencia, la atención recibida y de esta forma introducir el principio de calidad: bajo el cual se contempla la necesidad de crear mecanismos de control a los servicios de salud, para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua .

Es de suma importancia para este trabajo, las dimensiones de la Atención que expresa Donavedian , una es la que denomina AMENIDADES y que corresponde a : sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, métodos de exploración bien lubricado ni frío ni caliente , cama cómoda, teléfono a mano , buena alimentación etc. Y en forma abstracta se refiere a : comodidad, privacidad, la cortesía, la aceptabilidad y entran dentro del manejo de las relaciones interpersonales

El administrar y gestionar tiene en cuenta la opinión de la calidad en los diferentes servicios que se brinda a la población en general

La utilidad de las prestaciones de cada grupo profesional es la que determina el espacio y protagonismo dentro de la construcción colectiva del bienestar .

³⁴ Borre Ortiz Yeis Miguel, Vega Vega Yolanda CIENCIA Y ENFERMERIA XX (3): 81-94, 2014 ISSN 0717-2079
CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS
www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

Los condicionantes y determinantes que afectan a la población que se vuelca al hospital público se observa aumentada por la necesidad de cobertura de atención de salud.

Como resultado de los cambios producidos en el momento actual , tanto económico , como político, unido a una inflación que genera incertidumbre y estrés en la población tanto de la que posee ingresos , como la que se encuentra en indigencia se contraponen a la disminución de manera considerable de los recursos humanos, físicos , materiales y financieros de la oferta del sistema sanitario regional y que conlleva al detrimento de la eficacia y eficiencia del cuidado brindado en la Atención

El atenderse en un servicio público ³⁵ es vivenciado como inferiorizante, aparece como signo de desprestigio social, observándose como actitudes contradictorias el hecho por un lado, de reconocer *la calidad* profesional de quienes los asisten , el esfuerzo que se hace, y por otro lado, reclamando por los defectos funcionales del servicio, reconociendo el sacrificio de muchos prestadores por las malas condiciones de trabajo, aceptando la situación por ser la única alternativa.

También se reconoce la escasa comunicación con los médicos , la regular atención de las enfermeras o mucamas, la tolerancia ante la particularidad de tratarse de un Hospital Escuela .

³⁵ Investigaciones en Salud. Publicaciones Científicas de la Secretaría de Salud Pública Municipal. Vol1 N°2 Rosario Agosto-Diciembre 1998 pág 42

Como profesionales enfermeros, los CUIDADOS deben ser orientados a la satisfacción de las necesidades de nuestros sujetos de atención ,conocer que es lo que el mismo espera y si el hospital público satisface estas expectativas Afaf Ibrahim Meleis ³⁶(Teoría de las transiciones)...sostiene que la dirección de los cuidados tienen la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados de enfermería , desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería . La enfermería utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos

Las relaciones entre los sujetos adultos y el equipo de enfermería se muestran complejas y permeadas por el ejercicio del poder, siendo necesario buscar la construcción compartida. El cuidado es sentido. Las sensaciones y percepciones en el cuidado posibilitan el sentir , el vivir, la naturaleza humana, la naturaleza de la vida, las diversas formas o modos de vivir, el placer de ser y estar percibiendo y el sentido de vivir , el ser y el cuidado como una posibilidad de ser de llegar a ser y construir nuevos modos de vivir .

El imaginario social , las imágenes sobre si y sobre el mundo dan sentido al cuidado y a la vida.

³⁶ La Gestión del Cuidado de Enfermería Rosa A. Zarate Grajales <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-1-4.pdf>

En lo que respecta al cuidado de enfermería que reciben los sujetos nos hace replantearnos si estamos en el camino correcto para alcanzar la eficacia, y la eficiencia necesarios y continuamente buscados

Imógenes King³⁷unió los conceptos esenciales para la comprensión de la enfermería.

Su visión del proceso de enfermería , hace especial incapie en las relaciones interpersonales .

Para King, Persona es ser social , emocional, racional, que percibe, controla, con propósitos, orientado hacia una acción y en el tiempo, posee el correcto auto-conocimiento, participa en las decisiones que afectan a su vida y su salud y acepta orechaza el cuidado de su salud.

Tres son las necesidades de salud fundamentales; la información sanitaria útil y oportuna, los cuidados para prevenir enfermedades y la ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas .

Desarrolla su teoría de Sistema abierto con tres subsistemas: Personal, interpersonal y social.

La Enfermería supone una relación observable entre enfermera- paciente, cuyo objetivo sería ayudar al individuo a mantener su salud y actuar según el rol apropiado y el objetivo de ayudar a los individuos a mantener su salud, para que estos puedan seguir desempeñando sus roles sociales

Se considera como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción

³⁷ King Imógenes M. "A Theory for Nursing systems, concepts, process".1981 Editorial John & Sons. New York. Concepto de Comunicación Pág. 20

Alacoque Lorenzini Erdmann³⁸ menciona que Madeleine Leininger, defendió la concepción de que el cuidado como necesidad humana y es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización

Las autoras en su artículo describen distintos modelos de cuidado que sirven para fundamentar los indicadores a tener en cuenta en la satisfacción del sujeto de atención

En el proceso de cuidar/cuidado, el cuidar y el cuidado se constituyen en el hacer de la enfermería como un modo, una forma, una manera, un estilo, un patrón, una dimensión, un sistema, una estructura, un proceso, u otros, con actitudes y estrategias formales e informales, visibles, sentidas, percibidas o no, que configura la práctica del ser – haciendo a través de la salud de los seres humanos en su proceso de vivir.

La vida, entendida como el proceso del vivir se sustenta sobre el continuo proceso del cuidado mutuo y simultáneo de sí, de los otros, y por los otros , de las formas vivas y de los seres inanimados.

El sistema de cuidado ocurre en los seres coexistiendo con la naturaleza donde las estructuras pueden ser , ya que están presentes en la organización de la vida de los seres.

Basada en observaciones en los servicios, una gran proporción de los intereses y problemas de los sujetos de atención no son reconocidos por el personal de salud.

³⁸ Lorenzini Erdmann, Leite Josete Luzia, Isabel Amelia Costa Mendes y otro "ANÁLISIS DE INVESTIGACIONES BRASILEÑAS ENFOCADAS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA," AÑOS 2001-2003. Ciencia y Enfermería XI (2): 35-46, 2005 I.S.S.N. 0717 – 2079 <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art06.pdf>

El reconocimiento del equipo de salud de los problemas que presentan trae considerables beneficios, pudiendo influir directamente sobre los resultados de la atención de salud.

Según Iyer³⁹ las intervenciones de Enfermería son situaciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados, siendo estas actividades el promocionar, mantener o restablecer la salud; es decir conservar y fomentar la salud, proteger y mejorar las posibilidades de satisfacción de las necesidades y recuperar la salud, fomentando el autocuidado.

Continúa refiriendo que “cada persona es un individuo único, interpreta su estado de salud-enfermedad según su perspectiva particular”. Estas perspectivas personales, a su vez, están influidas por factores sociales y culturales

La enfermería supone atender y cuidar a las personas o comunidad, valorar, detectar e interpretar sus alteraciones para intervenir a través de cuidados de atención basándose en las necesidades tal como las siente, la percibe y manifiesta el sujeto.

Los supuestos e hipótesis que fundamentan las necesidades básicas humanas son, que el hombre es un ser de necesidades, las necesidades se vivencian como carencia al ser un estado displacentero que debe modificarse para asegurar la vida, salud, bienestar y plenitud de la condición humana.

La necesidad es una potencialidad, motivo generador de la conducta, e impulsa al individuo a buscar, discriminar utilizar y perfeccionar los procesos y elementos requeridos para su satisfacción.

³⁹ Iyer, Taptich, “Proceso y Diagnóstico de Enfermería” Interamericana-McGraw Hill 2º Edic. España 1993 Cap. 5.

Son universales y las mismas durante todo el ciclo vital, dependiendo de los momentos o etapas de desarrollo del individuo.

Du Gas, B⁴⁰ en su “Tratado de Enfermería práctica” nos expresa que hay necesidades básicas comunes a todos los seres humanos y que es necesario satisfacerlas para que el sujeto logre un nivel óptimo de bienestar, dividiéndose en dos grandes grupos las fisiológicas y las psicológicas

Para Maslow⁴¹, normalmente, la característica peculiar del organismo humano, cuando está dominado por una cierta necesidad tiende a cambiar toda su filosofía del futuro(memoria, inteligencia, sensación , etc.)y se dirigen a su satisfacción, tal necesidad pasa a ser así el determinante activo y organizador del comportamiento .Virginia Henderson⁴² creó un modelo conceptual de Enfermería, influenciado por la jerarquización de las Necesidades de Maslow..

la enfermera tiene como rol, establecer funciones propias y se interrelaciona con los miembros del equipo de salud, en un papel de colaboración mutua.

Salud es independencia y las necesidades no son solo fisiológicas sino de tipo psíquico y social.

Henderson considera a la persona como un ser biopsicosocial cuya mente y cuerpo son inseparables y la persona y familia son consideradas unidad.

Las necesidades psicosociales no son más ni menos que las fisiológicas ya que el sujeto es uno

Éstas se satisfacen en mutua acción con otros y la realiza a través de la

⁴⁰ Du Gas Beverly Witter “Tratado de Enfermería Práctica”, 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11

⁴¹ Alligood Martha, Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería 7º Edición Año 2011 Cap. 15 pág.286- 300

⁴² Phaneuf, M “La planificación de los cuidados enfermeros” Edit. Mc Graw Hill. México 1999

Comunicación

La **comunicación** humana es un proceso mediante el cual los seres humanos condicionan recíprocamente su conducta en la relación interpersonal.

La comunicación es un intercambio de lo pensado y la opinión entre los individuos.

La comunicación verbal es efectiva cuando establece un básico deseo de reconocimiento, participación y auto-realización por contactos directos entre personas

La comunicación no verbal incluye gestos, expresiones faciales , postura de escucha y sentimientos.

La comunicación es un medio de interacción social.

Para ser efectiva, la comunicación debe tener lugar en una atmósfera de respeto mutuo y desear el entendimiento. La misma está influenciada por la interrelación entre las metas personales, las necesidades, las expectativas y los medios de información intercambiados con el entorno

La luz, la presión, temperatura y los químicos son pocos ejemplos de donde recibe información desde el entorno

Esta información es transmitida por medio de los sentidos, almacenada en la memoria y convertidas en patrones de conducta

Dentro de las conductas observadas en los sujetos, Watzlawick ⁴³ registra **a la comunicación y a las conductas** como sinónimos. Toda conducta comunicada

⁴³- Watzlawick, Beavin y Jackson. Apuntes para la Gestión de Conflictos, la Mediación, el cambio, la transformación, la prevención del conflicto. Teoría **de la Comunicación Humana**.

es una especie de mensaje, y esa conducta influencia la conducta del decodificador.

Watzwalick considera la comunicación, esencial en el intercambio de información. Este mismo autor tiene la influencia de muchos años de investigaciones en base a una comunicación unidireccional. Hoy, en cambio se comienza a dar énfasis a la relación entre el individuo y el entorno (Watzwalick, Beavin y Jackson, 1967)

Los mensajes pueden generarse desde afuera pero las significaciones se generan desde adentro”

El **Afecto**, es un sentimiento que incluye una relación objetal y ocurre siempre en el nivel de integración psicológico. Es un estado que puede ser placentero o doloroso y como toda conducta es emergente de una situación.

La **Pertenencia**, es un proceso de internalización recíproca entre las personas, de la que emerge el “nosotros” como vivencia de una unidad vincular o grupal

La **Socialización**, es un proceso que se configura en el ser humano por la incorporación de experiencias con los demás. Los estímulos fundamentales para el desarrollo de sus potencialidades psicosociales provienen del medio ambiente que lo rodea y de su condición de ser histórico

El **Aprendizaje**, es la manifestación más o menos estable de pautas de conducta y no solamente la operación intelectual de acumular información. Está relacionado además con la supervivencia y la seguridad

La **Seguridad**: está dado por un conglomerado de satisfacciones de todas las necesidades básicas que tiende a mantener constantes las condiciones de

<http://conflictosymediacion.wordpress.com/2012/02/07/teoria-de-la-comunicacion-humana-segun-watzlawick-beavin-y-jackson>

equilibrio y organización de la personalidad, aunque no es estática (es una necesidad globalizante)

Otro aspecto importante son las NECESIDADES AMBIENTALES: tanto en el hogar, la comunidad, el hospital, el medio ambiente físico y psicosocial debe garantizar la seguridad del hombre y no ser fuente de riesgo para su vida

Por último y no menos importante las NECESIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD: incluyen la imposibilidad o incapacidad de acceder a las indicaciones para el tratamiento y recuperación de la salud. También se considera la accesibilidad al sistema de salud y la cobertura consecuente.

Las necesidades humanas de salud de las personas deben orientar el camino, en el que el arte, ocupando su lugar, va a crear un espacio de convergencia con la ciencia, lo que permitirá el surgimiento del arte de cuidar y el cuidado humano.

El envejecimiento de la población, los nuevos avances en medicina que prolongan la vida de los sujetos antes no recuperables y el SIDA condicionan el incremento de las patologías crónicas, neoplasias e infecciones que obviamente elevan los costos de la medicina.

En este contexto de salud, Enfermería debe cambiar su forma de participación y estar siempre en la búsqueda de estrategias innovadoras para poder cumplir su rol y responsabilidades que le competen desde los distintos niveles de atención.

Deberá también propiciar acciones a favor de hábitos saludables de vida, generar esos hábitos si no los tuviere y favorecer al conocimiento para que los sujetos cuiden responsablemente su vida y salud individual y colectiva.

Es de importancia en la detección de problemas incluir la *percepción de los sujetos*, para poder promover los cambios necesarios para lograr que la población que debe recibir cuidados en el 2º nivel de atención se le brinde de forma integral, *de buena calidad y oportuna*

Según Du Gas ⁴⁴ los Factores que determinan la satisfacción o independencia de las necesidades básicas humanas vitales son los determinantes personales .

Son los que se refieren a continuación:

El Nombre y apellido se asocia a la identidad designa el carácter de todo aquello que permanece único e idéntico a sí mismo, pese a que tenga diferentes apariencias o pueda ser percibido de distinta forma. El nombre está constituido por un conjunto de palabras que tanto en el plano jurídico y de carácter oficial designa y reconoce a cada persona, individualizándola y distinguiéndola de los otros miembros del grupo familiar y social. En sentido estricto- conocido también como nombre propio- individualiza a la persona, distinguiéndola en su caso de los restantes hijos de los mismos padres

El nombre constituye un derecho humano, es otorgado en el momento del nacimiento, la elección es libre y voluntaria por parte de aquellas personas que tienen potestad para imponerlo, siempre que este no origine una dificultad en la identificación. En este caso puede solicitarse el cambio de dicho nombre por otro más apropiado, siempre que haya una causa justificada que no signifique daño para terceros

⁴⁴ Du Gas Beverly W. "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11

El preguntar el nombre o la manera que desee ser llamado, transmite un mensaje de respeto e interés personal hacia el sujeto

El Sexo, la sexualidad es una característica integral de todo ser humano. Impregna la personalidad, está presente en todas las sensaciones y es un componente básico de la imagen que se hace de sí mismo. Está ligada al género y por consiguiente, al rol que desempeña en la sociedad (sobre todo en la adolescencia)

La fecha de nacimiento, es la información para determinar la edad que tiene el individuo

La Edad, permite determinar en qué etapa del desarrollo se encuentra el individuo y conocer de qué manera y en que magnitud influye en la vida diaria.

Cada una de las etapas de desarrollo de la persona posee determinadas características que los hacen más o menos vulnerable. Un organismo debe madurar neurológicamente hasta un nivel dado y a la vez la estructura del ambiente determina la secuencia del desarrollo

Situar la experiencia de salud según edad, sumado al contexto socio-ambiental determina la valoración de la satisfacción apropiada para la edad.

La Nacionalidad/ lugar de nacimiento, determina el estilo de vida, la cultura y en ocasiones la religión, lo que influye en el desarrollo de su conducta y personalidad

El Domicilio permite determinar cuál es la accesibilidad al efector de salud y los recursos disponibles con los que cuenta y su familia. Además brinda información

acerca del lugar geográfico donde habita para poder determinar la captación de ambos

La Escolaridad (según edad), el conocer este dato permite determinar el grado de accesibilidad a la información y develar el nivel de conocimiento y comprensión que el sujeto tiene acerca del cuidado y prevención de su salud, además permite establecer la vulnerabilidad ante factores de riesgo, su capacidad de autonomía, sus relaciones interpersonales las cuales favorecen el proceso de individuación y socialización

El Grupo familiar , brindan una información acerca del número de integrantes, la posición que ocupa el sujeto, las relaciones que se establecen dentro del grupo y el tipo de familia a la que pertenece (Ej. Familia de madre soltera, familia de padres separados, sin familia, etc.). A su vez, permite determinar el grado de apoyo, aceptación y contención que existe entre los miembros del grupo

En los Recursos de apoyo, la persona es un ser social que forma parte de varios grupos, primero en la familia y luego en diversos grupos sociales, es receptor y portador de cultura. La familia, la sociedad y la cultura tienden a constituirse de tal forma que satisfacen las necesidades en cada etapa del desarrollo psico-social, pero cuando se hallan en situación de crisis su repercusión es muy importante para el sujeto debido a su interrelación

La Obra social –o la prepaga determinan el tipo de cobertura sanitaria, y la accesibilidad al servicio de salud de los sujetos que por diversas causas hoy no la poseen, lo que predispone al sujeto en cuanto a la calidad de atención brindada

Al tener en cuenta la Religión como el conjunto de creencias o dogmas acerca de una divinidad, los sentimientos de veneración y temor hacia ella, las normas morales para la conducta individual, social y las prácticas rituales, brindan principios y valores personales que influyen en la conducta del niño, lo que puede determinar su rol dentro del grupo social

En el ejercicio de enfermería, se debe respetar cada creencia y actuar en base a ello, siempre que esto no signifique un peligro para la vida de la persona ya que en ocasiones, puede interferir en la práctica de procedimientos destinados a contribuir, mejorar o preservar la salud

Hay aspectos que son determinantes al momento en que el sujeto concurre al efector.

La *Fecha de ingreso* determina el momento, día y hora en que se ingresa al efector de salud

El *Tipo- causa de ingreso* establece la forma en que se ingresa al centro asistencial de acuerdo a su estado (físico-psicológico) pudiendo ser involuntaria, por una emergencia o una orden judicial

El tipo de ingreso determina la capacidad de la enfermera de relacionarse con el sujeto

Lo que *piensa la familia de la internación* determina el grado de alerta y atención de la familia para con el sujeto frente a la enfermedad

Es importante también saber el *Motivo de internación* que brinda los datos acerca del porqué de la internación. Conocer su causa y tipo permite brindar cuidados pertinentes, eficientes y eficaces de acuerdo al estado de salud (según edad y sexo)

La *Persona acompañante*, permite conocer datos acerca de la relación y vínculo del sujeto con el acompañante y de este modo también con el grupo familiar.

Las *Internaciones anteriores* determina la vulnerabilidad frente a los eventos de la vida cotidiana y del proceso de salud –enfermedad, Además permite reconocer sentimientos, emociones y expectativas en base a experiencias previas tanto en la internación como en la relación con el equipo de salud

Conocer los *Hábitos tóxicos* nos permite identificar conductas de riesgo Ej.

Alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, fármaco dependencia

Otro aspecto o factor de importancia son las *Patologías agregadas o sucesos recientes*, el conocer la presencia de patologías de base o sucesos de salud recientes, brinda la información necesaria para poder planificar el accionar de enfermería y de esta manera brindar cuidados adecuados a la situación, teniendo en cuenta dichas patologías o eventos o no desencadenar o incidir en la internación actual Ej. de patologías de base; diabetes, cáncer, hipertensión arterial, alergias, celiaquía, hipo o hipertiroidismo, etc .Ej. de eventos de salud recientes: lesiones de causa externa, quemaduras, signos de violencia, negligencia o maltrato, enfermedades recientes, intoxicaciones. etc

Otro factor son los *Recursos socioeconómicos* y dentro de los mismos se los subdivide en : *Ingresos*, se denomina a la obtención de datos acerca del nivel de ingresos del grupo familiar permite determinar el nivel de satisfacción de las necesidades básicas. Además permite conocer, quien mantiene el hogar, el tipo de trabajo que realiza y el horario, ya que esto influye en las relaciones familiares, en el crecimiento y desarrollo de los niños

La Vivienda y estilo de vida nos permite conocer el tipo de vivienda, el nº de habitaciones, accesibilidad a los servicios y comodidades, alimentación, nivel educativo, etc, permite determinar de esta manera su calidad de vida

El conocer las *Actividades sociales* nos permite recabar datos acerca de los hábitos de recreación, esparcimiento o participación de actividades sociales del niño permite conocer sus sentimientos, emociones, proyectos, expectativas, sueños, etc. Y las relaciones que este establece con sus pares y grupo social

El *Ambiente físico* son aquellas *Condiciones* del entorno físico que pueden hacer variar en sentido positivo o negativo el equilibrio psico-biológico

Conocer el *Ambiente sociocultural* nos permite ampliar nuestra mirada hacia las personas que nos rodean así como la cultura son condicionantes para alcanzar patrones saludables .Los valores culturales, las costumbres familiares y sociales concernientes a la edad, desarrollo, educación, normas de género, información sanitaria y estilo de vida, son fundamentales para generar auto-concepto positivo y patrones de conducta saludables

El *tratamiento farmacológico* nos proporciona información de los medicamentos que está recibiendo de acuerdo a su patología

Se deben tener en cuenta aspectos relacionados a los medicamentos (tipo, dosis, frecuencia, vía de administración, quien lo administra, etc.) para poder evaluar su acción y los posibles efectos adversos que deriven de ellos.

La *Dieto terapia* nos permite observar y conocer acerca de la alimentación que ingiere el sujeto, permite reconocer si los alimentos recibidos cumplen con la característica de tipo, frecuencia, calidad, cantidad, armonía y adecuada a su patología y edad

El conocer por parte de enfermería si el sujeto pertenece a algún *Grupo de autoayuda* permite trabajar en forma interdisciplinaria y favorece el proceso de socialización del niño al relacionarse con sus pares

El poseer en el hospital con *un Grupo de rehabilitación* nos permite que a través del trabajo multidisciplinario del equipo de salud, el sujeto recupere sus funciones o se adapte a una nueva situación.

El interiorizarse por parte de enfermería del *Estado de salud* es conocer la situación somática de las personas. Tiene una importancia decisiva a la hora de valorar la salud, por lo tanto se deben buscar las pruebas de manifestaciones clínicas y de lesiones que modifiquen el bienestar y la satisfacción de las necesidades, de la misma manera que se buscara determinar las conductas manifiestas o latentes que puedan evidenciar problemas emocionales, cognitivos /perceptuales o sociales que condicionen la salud de las personas.

El estado de salud depende también de los recursos con que cuenta la persona dado que favorecen su bienestar, según el estado económico, poseer vivienda propia, confortable y con todos los servicios necesarios, acceso a la educación y a los efectores de salud, poseer trabajo y recursos para la recreación, entre otros modifican la forma en que las personas satisfacen sus necesidades.

Todos estos factores se encuentran íntimamente relacionados con la etapa por la que transcurre el sujeto.

Estos grupos etéreos tienen características particulares, si bien las caracterizan desde que el sujeto nace, para los fines de esta investigación se abordaran al grupo del Adulto Joven, Maduro y Mayor.

Según Dugas cuando el hombre llega a la edad adulta, la mayoría alcanza la madurez física y sus sistemas corporales funcionan en un grado óptimo. La madurez implica conseguir un equilibrio en el crecimiento fisiológico, psicológico, cognitivo y social. Los individuos maduros tienen una mentalidad abierta, reconocen sus logros y defectos, establecen objetivos realistas a largo plazo y aprenden a enfrentarse a los diferentes problemas. Están abiertos a sugerencias y son capaces de aceptar una crítica constructiva sin pérdida de la autoestima. Los adultos maduros son responsables de sus acciones, los jóvenes atraviesan periodos alternantes de estabilidad y cambio. La percepción sensorial e intelectual y el vigor muscular están al máximo.

Para Du Gass , el adulto joven (de 18 a 35 años) posee características físicas y psicológicas particulares.

Este grupo puede considerarse uno de los más sanos de la población. Rara vez adquieren enfermedades infectocontagiosas, y si ocurre es de rápida evolución, y generalmente son de transmisión sexual.

Los adultos jóvenes suelen considerarse “indestructibles” (refiere Dugas)⁴⁵ ya que poseen capacidades físicas ilimitadas, además tienen la creencia de que “esto no puede sucederme a mí” y, al igual que los adolescentes, asumen muchos riesgos. Suelen ser muy activos, tienden a ignorar síntomas físicos y comienzan a cambiar a medida que se acercan a la adultez media (próxima etapa). El inicio de esta etapa incluye muchas decisiones importantes: establecer metas para el futuro, decidir si continúa con los estudios o trabaja, quedarse en la casa de sus padres o irse a vivir solo, elegir pareja para casarse y tener hijos y familia.

En esta etapa la persona necesita vincularse con el otro, intentando establecer una relación con una o varias personas con quien compartir sus pensamientos, sentimientos y aceptación. Muchos logran esto con su pareja, otros con amigos en quienes confiar y obtener apoyo emocional.

“Una persona que no tiene con quien compartir sus pensamientos íntimos experimenta un sentimiento de soledad o aislamiento profundo. Puede sentirse inútil y que carece de cualidades positivas. Las reacciones de un individuo con otro, familia y en especial amigos, son importantes en el desarrollo de su autoestima”.

⁴⁵ Du Gas Beverly Witter “Tratado de Enfermería Práctica”, 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11

Problemas de salud más comunes son: Lesiones y muertes violentas, Adicciones a drogas, Enfermedades de transmisión sexual, Embarazos no deseados, Enfermedades cardio pulmonares, Litiasis vesicular, Pancreatitis

La autora también nos explica las características del adulto maduro entre un rango de 35 a 65 años refiriendo que:

Los cambios físicos que acompañan al envejecimiento pueden ser casi imperceptibles: comienzan a surgir canas, la cintura ha aumentado o han aparecido arrugas alrededor de los ojos o la boca. Dugas refiere que algunos pueden notar disminución en la percepción del gusto y el olfato, o encontrar que necesitan utilizar anteojos por primera vez en su vida.

En las mujeres, el cambio implica la menopausia o el final de los años de procreación. El inicio y la duración de esta varían según cada persona, es un proceso gradual; disminuye la producción de estrógeno, lo cual origina que los ovarios dejen de liberar óvulos.

En el hombre, ocurre la “menopausia masculina”. Este no pierde su capacidad de reproducción, sino que disminuye la producción de testosterona, su fertilidad, a menudo en esta etapa el individuo se encuentra atrapado en medio de tres generaciones; afronta los problemas de los hijos adolescentes y se adapta a su independencia final, con frecuencia se da cuenta de que sus padres están envejeciendo, que necesitan su apoyo para paliar sus problemas físicos, emocionales o económicos. Con frecuencia es el periodo más productivo de la vida de la persona. El individuo ha alcanzado cierto grado de confianza en sí

mismo y se sentirá satisfecho a medida que llegue a su carrera y poder económico. Conforme los hijos crecen y dejan la casa, muchos matrimonios tienen más tiempo libre para dedicarlo a la recreación y a la pareja.

Problemas de salud más relevantes son: cardiopatías, cáncer, impotencia masculina, hipertensión arterial, dolores de espalda, artritis

Por último el adulto mayor de 65 años o más son aquellos en el que el promedio de vida alcanzado por el hombre y la mujer ha aumentado en los últimos años, como consecuencia del desarrollo industrial, progreso en medicina, calidad en la atención de salud y control de natalidad, por tal motivo el desarrollo demográfico presenta una prevalencia ascendente de adultos mayores.

La mitad de la población mundial tiene 30 años, siendo la expectativa de vida en el hemisferio occidental en el 2000 de más de 70 años.

Los profesionales de salud deben conocer las características físicas y los cambios emocionales que se producen en las personas en el proceso de envejecimiento, asimilando las diferencias situaciones, los nuevos valores, para así adaptarse a los cambios irreversibles de la etapa.

La actitud de la persona ante la vejez depende de factores económicos, de salubridad, de higiene, de valores culturales y de la historia específica de cada sociedad.

Se llama vejez, edad avanzada, ancianidad, edad tardía, tercera edad, años dorados y/o adulto mayor al periodo de vida comprendido entre los 60 y 65 años

de edad hasta la muerte. El envejecimiento es un proceso biológico, psicológico y social, resultante de un conjunto de factores que se caracterizan por una serie de cambios sucesivos de carácter irreversible, los cuales se producen en el individuo mucho antes que sus manifestaciones se hagan visibles para él. Esta etapa se caracteriza por la declinación de todas facultades físicas y psicológicas. Según haya sido el estilo de vida, alimentación, trabajo, descanso, recreación y tensiones, todas las funciones de la estructura orgánica de la persona, se someten a un deterioro más o menos diferenciado.

En la vejez, como en todo proceso humano, se puede influir en algunos aspectos y participar en el, mejorándolo y planificándolo para asegurarse que el adulto mayor sea capaz de vivir, compartir, contribuir, amar y ser útil a la familia y sociedad, según las capacidades de cada individuo y los demás se beneficien de su experiencia.

Existen temores en los ancianos ,el temor a la muerte, temor a la invalidez o enfermedades crónicas (que lo lleva a depender de la familia y la sociedad para sobrevivir), temor a la soledad (soledad definitiva como muerte de un ser querido, divorcio, enfermedad, abandono; soledad circunstancial como traslado de barrio o vivienda; soledad con pareja e hijos en la cual la persona experimenta la soledad en compañía; soledad secreta en la cual las personas intentan llenar el vacío de amigos o familia y no quieren estar solas nunca) y aislamiento, temor a la pérdida del conyugue (con esta pérdida aumenta la soledad y disminuye el estímulo de vivir, por lo cual el anciano debe desarrollar su propia identidad social, basada en sus propios intereses, status económicos y habilidades sociales), temor a la

independencia y el alejamiento de los hijos, a la separación o divorcio, temor al retiro del trabajo voluntario o forzoso (conflicto social, individual y familiar grave, que deja tristeza, inseguridad y depresión), temor a las expresiones emocionales (a no ser correspondido o a que lo califiquen de ridículo), temor a tener que depender de otras personas (en cuanto a compañía, apoyo económico y atención física). Todos estos temores pueden conducir al anciano a la desesperación y al suicidio.⁴⁶

Cuando el sujeto reingresa posiblemente ya haya establecido comunicación con el equipo de salud, sintiéndose contenido. En los casos en que el sujeto debe permanecer internado por un lapso de tiempo prolongado e inmovilizado se deben planificar los cuidados según sus necesidades básicas y monitorear la atención, y aminorar los efectos para que no se transforme en un trastorno mental tanto para el sujeto como para su familia

La angustia y la ansiedad se ven así disminuidos, evitando las etapas depresivas y maniacas que influyen en el sujeto.

El estar con sus familiares disminuye la desesperanza de la separación

Las ansiedades, fantasías, mecanismos de defensa y necesidades deberán siempre tenerse en cuenta por la personalidad previa del sujeto al momento de la reinternación

El equipo de salud deberá servir de contención y estimulación y a la preparación del sujeto para retornar nuevamente a su hogar.

⁴⁶ Du Gas Beverly Witter "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México. 1986 Unidad 3. Cap. 11

Por ello es la enfermera tiene la responsabilidad de cumplir su función, con el propósito de tener una base para analizar el suministro de cuidados de enfermería, entendiendo las necesidades del sujeto y el sistema de suministro de dicha atención⁴⁷

Partiendo de la demanda, la SATISFACCIÓN⁴⁸ de parte del sujeto acerca del cuidado brindado, son responsabilidades de toda la organización.

Desde la oferta , los enfermeros, los médicos, jefes de servicio, supervisores, mucamas y todos aquellos que están en relación directa con los sujetos de cuidado deben trabajar en forma conjunta y organizada.

Hoy en día en una sociedad tecnológica los diagnósticos y tratamientos de las afecciones físicas o psicológicas del sujeto, esconden el hecho del acercamiento con el otro.

Este proceso puede ser que reste importancia a actividades como escuchar, alentar, reconocer, explicar.

En lo que respecta a la SATISFACCIÓN, la psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado al problema de la satisfacción. Múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas han confirmado, desde final del siglo XIX e inicio del XX, la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano. Esta dialéctica se

⁴⁷ SmelterS, Bare B Brunner and Suddarth'. Edit Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia 2012 Vol I.Cap 1 pág 5

⁴⁸Freddy Velandia Salazar,Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos [Revista Gerencia y Políticas de Salud](#) Print version ISSN 1657-7027**Rev. Gerenc. Polit. Salud** vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007 [revistas.javeriana.edu.co](#) > Inicio > Vol. 6, Núm. 13 (2007) > Velandia Salazar

ha convertido en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica del comportamiento.⁴⁹

La importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento humano es una pregunta compleja. La psicología vinculó la satisfacción con una definición restringida del comportamiento.

Una breve referencia semántica permite encontrar como definición de satisfacción “la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja” (Encarta 97). También significa “Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar. Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien” (Encarta 97).

Resulta difícil determinar qué es satisfacer y sentirse satisfecho, pero en esencia el fenómeno muestra tres aspectos esenciales, los cuales son destacados: la satisfacción es siempre respecto de algo (o alguien); tiene que ver con algo que se quiere (se espera, se desea, etc.), y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

⁴⁹ Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos [Revista Gerencia y Políticas de Salud](#)
Print version ISSN 1657-7027 **Rev.** Gerenc. Polit. Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007 revistas.javeriana.edu.co › Inicio
› Vol. 6, Núm. 13 (2007) › [Velandia Salazar](#)

La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como “satisfactorio” o no.

La satisfacción, entonces, no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto, dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. No es una evaluación apenas desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados sienten de un modo o de otro.

En los manuales de recolección y de conceptos básicos, la calidad medida por medio de las encuestas realizadas por la institución no siempre es equivalente a la satisfacción. El interés por la posibilidad de esta equivalencia procede bien de los autores de este texto, quienes se dieron a la tarea de indagar en la literatura la relación entre los dos conceptos, bajo el presupuesto de que es la satisfacción y no la calidad lo que más frecuentemente se evalúa desde el punto de vista del usuario- Sin embargo, es importante dejar claro desde ya que, generalmente, se entiende que las expresiones “satisfacción” y “calidad” se refieren a fenómenos de naturaleza distinta. Desde la perspectiva adoptada por muchos autores, la

satisfacción, que comunica sentimientos de favorables o desfavorables, pertenece al campo de las actitudes y, por tanto, del afecto, mientras que la calidad percibida, la cual se califica, por ejemplo, como buena o mala, se refiere a creencias que como forma de la percepción forman parte de la cognición. Sin embargo, su distinta naturaleza no invalida que dada la importante correlación empírica que muestran, la medición de uno de los conceptos pueda llegar a representar al otro, o servirle de indicador.. Existe una taxonomía de ocho componentes de la satisfacción, muy conocida, la cual se puede sintetizar así:

Aspectos interpersonales: características de la interacción de los prestadores con los pacientes: respeto, cortesía, interés y amistad, entre otros.

Calidad técnica de la atención: competencia de los proveedores y adhesión a altos estándares de diagnóstico y tratamiento, Accesibilidad, Aspectos financieros, Eficacia/resultados, Continuidad de la atención, Ambiente físico e Integralidad: disponibilidad de recursos para la atención.

Otra propuesta es la que identifica como importantes el cuidado de enfermería, la atención médica, la comunicación, la protección administrativa, la protección del medio ambiente y el desempeño de los procesos se proponen diez componentes claves para la atención hospitalaria: la atención médica, el gobierno de casa, el cuidado de enfermería, el auxiliar de enfermería, los procedimientos y el tratamiento por parte del staff, los niveles de ruido, la comida, la limpieza, los servicios de portería y la calidad total, identifica los siguientes componentes de la satisfacción de la atención primaria en el Reino Unido: la continuidad del cuidado,

la accesibilidad a cirugías, la calidad de la atención médica y la disponibilidad de médicos. En el contexto del paciente, se propone la accesibilidad, el tiempo de espera, el ámbito de la espera, la actitud del staff, y la información del paciente, como un componente crítico sentido de la satisfacción como medida de la calidad se fundamenta en lo que se supone que ocurre cuando se expresa satisfacción o insatisfacción. En este contexto, el fenómeno de la calidad, también entendido como previo y condicionante de la variable dependiente, conformada por las expresiones de satisfacción, consiste en la mayor o menor aproximación de los atributos experimentados frente a unos antecedentes pertenecientes al usuario, como son sus valores y expectativas. En este sentido, desde el punto de vista del paciente la calidad del cuidado de salud hace referencia al margen entre las expectativas y la experiencia actual.

Se debe anotar al margen que la adopción de la satisfacción como medida o indicador de la calidad refleja la presión, no sólo por monitorear y mejorar la prestación de los servicios de salud, sino, además, por incluir el punto de vista del paciente en el proceso de auditoría. En la actualidad, la medida de la satisfacción del usuario o paciente con los cuidados de salud recibidos, si bien es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad, es, también, una forma de promover su participación en el sistema de salud.

Sin embargo, la eficacia de la satisfacción en medir la calidad, como la asume Donabedian, se sustenta en tres supuestos, cuya validez se llega a poner en duda. Según estos las expresiones de satisfacción están en función de un proceso previo consistente en encontrar los valores y expectativas de los clientes; esas

expresiones implican que el usuario aprueba o afirma ciertos atributos del servicio de salud, y, los valores y expectativas del paciente realmente existen

La medida de la calidad a través de la satisfacción tiene otros problemas. Se subraya, por ejemplo, que las respuestas satisfactorias que muestran los estudios empíricos no necesariamente reflejan buena calidad, ya que la insatisfacción podría estar asociada sólo con situaciones desfavorables extremas, de manera que la satisfacción sólo significaría que no ocurre nada extremadamente malo.

Además de aseverar que regularmente la mayoría de los clientes afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real, se indica que resulta difícil evaluar la satisfacción. Las dificultades en la evaluación surgen, por una parte, de que los métodos y medidas usados para recolectar los datos suelen influir en las respuestas de los usuarios y, por otra, de que tanto el acceso a los servicios como sus repercusiones (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción a tal nivel que esta no refleje el proceso de prestar atención

La amplitud de los conceptos conduce a que si bien por una parte la calidad no quede bien representada por la satisfacción, por otra, este último fenómeno recoja más condicionantes que la calidad misma. Así, la calidad de vida, entendida como satisfacción en un sentido amplio, depende de algo más que, por ejemplo, los cuidados de enfermería, pues también obedece “a variables medioambientales, informacionales, personales o sociales” .

Por último, se recuerda que, dada su subjetividad, el punto de vista del usuario sobre la calidad es parcial. El concepto de calidad debe incorporar la equidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la eficiencia, la efectividad, y la conveniencia”

. En este sentido, el efecto de la satisfacción sobre la calidad clínica queda mediado por la conformidad Esta se refiere a tres eventos: cumplimiento de citas , la intención de cumplir con el tratamiento recomendado y el uso de la medicación En este punto de vista, los términos satisfacción y calidad se refieren a fenómenos que ocurren, necesariamente, en momentos distintos del tiempo, pues primero se produce la satisfacción-insatisfacción, luego la conformidad-no conformidad y, por último, la alta-baja calidad clínica

El paso desde la satisfacción, como prerrequisito o instrumento para asegurar la calidad, hacia la satisfacción, como atributo de la calidad, se había consolidado como consecuencia, principalmente, de la presión ejercida por el movimiento consumidor , el cual se había hecho notable en todos los ámbitos de la vida en el siglo xx, hacia finales de los años sesenta y comienzos de los setenta. La concepción de la satisfacción como uno de los atributos de la calidad se diferencia de aquella otra que entiende las evaluaciones de satisfacción hechas por el paciente como una de las perspectivas posibles sobre la calidad, que además es diferente de las de otros actores. Si debe ser servido, el paciente debe tener voz en el proceso del servicio y su satisfacción se debe entender, en consecuencia, como un resultado legítimo y deseable en sí mismo y no sólo como un medio para mejorar la conformidad La satisfacción del paciente podría ser incluida en las evaluaciones del Aseguramiento de la Calidad como un atributo de un cuidado de

calidad; como un legítimo y deseable resultado. Puesto simplemente, el cuidado no puede ser de alta calidad a menos que el paciente esté satisfecho ⁵⁰

⁵⁰ Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos [Revista Gerencia y Políticas de Salud](#)
Print version ISSN 1657-7027 Rev. Gerenc. Polit. Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007 revistas.javeriana.edu.co › Inicio
› Vol. 6, Núm. 13 (2007) › Velandia Salazar

Diseño Metodológico

El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo, prospectivo y corte transversal

Es descriptivo, describe tendencias de un grupo o población ,para poder determinar cómo está la situación de las variables que se estudian en la población ,teniéndolo en consideración para otros tipos de estudio

Es transversal porque los registros fueron tomados en un mismo momento que ocurre el fenómeno, se estudian las variables simultáneamente en determinado momento , haciendo un corte en el tiempo. Las variables son continuas.

Para no dañar a los sujetos en estudio, se les informo de todo el procedimiento, se mantendrá la privacidad a través de la confidencialidad, y se les aseguro que los datos no serán difundidos ni revelados. Se tendrá en cuenta la autodeterminación de la información brindada, como así se respetaran los principios de beneficencia, dignidad humana y justicia

Se realizó consentimiento informado que asegura que el sujeto está al tanto del procedimiento y que tiene derecho a negarse a participar.

SITIO

El Efector, según lo refiere la Dra. Aurora Bruno, Directora del mismo, desde su origen representa una institución de alta complejidad, integrada a una red de servicios según un sistema de cuidados progresivos y de acuerdo a las necesidades de la comunidad.

En los años '50, el Hospital Centenario , era el principal hospital de Rosario con 700 camas ,prestigio sólidamente arraigado poseía servicios y jefaturas muy fuerte , que eran ejercidas por profesores designados por la Facultad de Ciencias Médicas .Estos servicios tenían autonomía plena, sus propias salas de internación y el jefe, profesor , decía quien se internaba y quien no , los anestesiistas adscriptos a los quirófanos , sus salas de rayos, laboratorios, aulas , bibliotecas, sus propias historias clínicas

Es por ello que el Hospital y la Facultad de Ciencias Médicas tienen un origen compartido. Poseía estructura de pabellones y el prestigio se encontraba muy arraigado en la ciudad y la región

En los '60 se modifica el perfil asistencial de los médicos de planta y es transferida a los residentes (nuevos médicos)

Según la resolución 194 , del 3 de Noviembre de 1995, en el expediente N° 1-2002-16701/94-95 del registro del Ministerio de Salud y Acción Social y el decreto N° 1269 del 20 de Julio de 1992 , se categoriza al Hospital como de Nivel II, de

Alto riesgo, complejidad 9 , contando con una Dirección, un Director (Jefe) de Enfermería, Jefe de departamento de Asistencia, Jefe de departamento de de Gestión de Recursos, Supervisores de Área, Supervisores de turno, Jefes de Sector, Jefe de Unidad, Atención ambulatoria programada, de urgencia y Hospital de día., Centro quirúrgico General y especial. Centro de atención perinatal. Cuidados progresivos, Cuidados intensivos del neonato, del niño, y del adulto, tratamientos especiales, trasplantes, Área programática y centros de salud satélites (9 en total)

En la ciudad de Rosario, el subsector público reúne efectores de la jurisdicción municipal y provincial y desde hace una década esta llevando a cabo un proceso de conversión de los hospitales públicos en hospitales de autogestión.

Esta particular configuración del sistema público fue generando un desplazamiento de pacientes al sector municipal provocando un aumento de la demanda de atención en los diferentes niveles de la red. .

Es un efector de dependencia Provincial, de tercer nivel de complejidad, por su desarrollo en las áreas de atención de agudos y emergencia por lo cual se ha convertido en un centro de referencia regional de ATENCION Y TRASPLANTE.

Es reconocido, además, como centro quirúrgico PROVINCIAL de alta complejidad y como Hospital escuela, ya que interviene en la capacitación de profesionales del área de salud en las diferentes disciplinas.

El Hospital cuenta con guardias activas permanentes de los diferentes servicios, entre ellos, cirugía, clínica médica, traumatología y ortopedia, neurocirugía, ginecología, urología, anestesiología y gastroenterología.

Funcionan además las 24 horas laboratorio, radiología, tomografía y ecografía.

El área de Cuidados Críticos del Hospital comprende terapia intensiva, unidad coronaria. El servicio de Terapia Intensiva cuenta con tecnología de avanzada en lo que se refiere a asistencia mecánica respiratoria con ventiladores micro procesados, monitoreo hemodinámico y se realizan neurocirugías con monitoreo de presión intracraneana y un centro de trasplante renal.

El Hospital forma parte del programa Federal de Procuración de órganos CUDAI0 y ha sido uno de los hospitales en la procuración de órganos en el país.

Existen quirófanos centrales y quirófanos para estudios especiales. Posee un Departamento de Enfermería y una Dirección y Sub dirección Médica

El organigrama del depto de Enfermería está conformado por el jefe de Depto., Supervisora Docente, Supervisora de Área y Supervisora de turno. Enfermeros jefes de los sectores y por el personal de Enfermería asistencial.

Es en este escenario que se propone un cambio de acuerdo al crecimiento en ambos aspectos cuali y cuantitativamente de todos sus recursos coherentes a la nueva capacidad de internación instalada.

El efector de larga trayectoria en la ciudad. Este Hospital Escuela ha formado y continúa recibiendo para su formación, médicos, enfermeros, licenciados, nutricionistas, odontólogos, asistentes sociales, bioquímicos, farmacéuticos, etc.

En sus comienzos contaba con cerca de 700 camas, se atendían todas las patologías, pero la formación en ese entonces era la de cirujanos.

Con la excelencia de tener docentes de la Facultad de medicina y ramas menores que tenían sus cátedras en el hospital, la población buscaba la atención en este efector.

El hospital contaba con pabellones, salas de 30 camas promedio. Tenía así internación en salas de cirugía de hombre y mujeres, clínica de hombres y mujeres, urología, maternidad, pediatría, traumatología, obstetricia, guardia.

El subsector de obras sociales afectado por la crisis económica, fue disminuyendo progresivamente la calidad y cantidad de las prestaciones.

Por otra parte la notable caída del trabajo asalariado fue generando una cantidad creciente de población carente de cobertura.

El efecto inmediato es entonces un deslizamiento progresivo hacia la atención en el subsector estatal, de amplios sectores de población que anteriormente recibían atención de sus obras sociales.

Las reformas en salud realizadas en América latina durante el último decenio del siglo XX se enmarco con el objetivo de disminuir costos y el tamaño del estado y mejorar eficiencia y calidad de servicios.

Las estrategias que se utilizaron son la descentralización administrativa y financiera del sistema de salud.

A partir del año 1992, el hospital comienza a funcionar orientado a la autogestión, es decir al hecho de ser público, se le permite atender a obras sociales.

Con el ingreso de este convenio se comenzó a modernizar la planta edilicia.

Si bien los cambios eran comprensibles, se comenzaron a cerrar salas, primero para mejoras y luego definitivamente, El personal tuvo que ser redistribuido lo que generó, según relatos de los actores involucrados, diferentes reacciones.

La adaptación a nuevos servicios, los nuevos jefes, las rutinas, el trato con otros compañeros de trabajo y finalmente pacientes con patologías que no estaban acostumbrados a tratar.

Muchos de ellos cambiaron de servicio, a otros les generó estrés y otros simplemente renunciaron.

Hoy el hospital cuenta con un total de 217 enfermeros, contando con 11 jefes de servicio.

Los servicios seleccionados Sala 1 Clínica –Quirúrgica, Sala 2 Clínica –Quirúrgica, Sala 3 Traumatología-urología-ginecología, Terapia Intensiva área Cardiología.

La cantidad de camas de los servicios seleccionados (98) se posee un alto giro cama.

Población

La población en estudio estuvo constituida por 50 sujetos de forma intencional , en re-internación , próximos al alta médica. Las unidades de análisis serán cada uno de los sujetos que reúnan los criterios abajo expuestos

Criterios de inclusión

- Adultos jóvenes, maduros y mayores de 18 a 75 años
- Sujetos hospitalizados en re-internación
- Sujetos con alta programada
- Sujetos de ambos sexos

Criterios de Exclusión

- Sujetos con internaciones en otros efectores
- Sujetos con deterioro cognitivo
- Sujetos con incapacidad para comunicarse

Instrumento y Técnicas de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de los datos fue una entrevista semi-estructurada., con preguntas abiertas

En la presente investigación se utilizaron dos instrumentos.

El cuestionario que mide las características socioeconómicas de los sujetos abordados y un segundo instrumento, una encuesta que abarca la calidad y satisfacción

Se utilizó como instrumento de medición una versión modificada del SERVQUAL, el SERVQUOS ampliamente validado que posee una escala muy utilizada y aceptada para la medición de la calidad de los servicios. El instrumento presenta 22 variables las cuales miden expectativas, percepciones. Este instrumento fue modificado de acuerdo a las características de los sujetos hospitalizados.

Las respuestas solicitadas se reflejan en una escala Lickert que oscila entre 1 (mucho peor de lo que esperaba) y 5 (mucho mejor de lo que esperaba), que permitió al encuestado posicionarse y discriminar sus respuestas. En la encuesta se incluyeron preguntas sobre satisfacción, y otras variables, con el fin de poder establecer la validez del instrumento de medida

Resultados – Plan de Análisis

La escala de respuestas combina expectativas y percepciones de tal modo de poner a prueba la hipótesis.

Se utilizaron códigos para elaborar el volcado de los datos utilizándose Ej: hombre (1) mujer (2) y como así para los demás indicadores los demás códigos corresponden a la escala de Likert.

La escala adopta la forma de : MP(mucho peor de lo que esperaba), P (peor de lo que esperaba), CM (como lo esperaba), M(mejor de lo que esperaba)MM(mucho mejor de lo que esperaba)

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS. Las pruebas estadísticas se realizaron considerando un nivel de significancia de 0,05

El porcentaje de respuesta en cada una de las alternativas y las puntuaciones de 1 a 5 de cada ítem se presentan ordenadas en las tablas 2 y 3. Los ítems fueron contestados por el 96 % de los sujetos

El DE resulto de 0,87, una media de 3,30 para aspectos tangibles y un DE de 0,86 y una media de 3,48 para los aspectos intangibles.

Las percepciones positivas son las ≥ 3 y negativas < 3 (aspectos tangibles

La puntuación media del componente subjetivo (intangibles)fue superior a la media del componente objetivo(tangibles) $3,47 \pm 0,59$ vs $3,29 \pm 0,49$.

La puntuación total del SERVQHOS obtuvo una media de $3,38 \pm 0,449$.

Un 90%(n 45)de los sujetos percibieron positivamente la calidad de la internación (puntuación > 3).

Se encontró asociación estadística en el ítem Información suministrada sobre los cuidados que requerirían después del alta hospitalaria $P^*=0,009$ y quién le informo acerca de los cuidados $P^*=0,001$

La correlación de la puntuación SERVQHOS con respecto a la SATISFACCIÓN GLOBAL arrojó una $P^*=0,019$ significativa a un nivel de $P^*=0,05$.

DISCUSIÓN

Según nuestros resultados encontramos un número de variables asociadas a la percepción y la satisfacción de los adultos encuestados, las cuales desempeñan un rol importante y significativo, no sólo por sus respuestas, sino por la significancia de la satisfacción y que aún hoy no se tienen en cuenta al momento de gestionar cuidados.

La observancia de las percepciones de los sujetos en reinternación, favorecen a mejorar la calidad de los cuidados y la atención que se les brinda.

La población del efector cambia, pero se observa que las variables estudiadas arrojan datos sobre la forma en como vivencian su estadía.

Por ello, el estudio y conocimientos de los aspectos sociodemográficos y de percepción-satisfacción podrían ser la base para el desarrollo de programas de control y prevención, para mejorar la atención brindada.

Esta investigación tuvo como propósito Describir las características de los sujetos adultos hospitalizados, Identificar la calidad de atención brindada según las características de los sujetos hospitalizados, Analizar los factores medioambientales y de relaciones interpersonales que influyen en la percepción de los servicios por parte de los sujetos y Determinar la relación entre la percepción de la calidad de los cuidados y la atención de los enfermeros con respecto a la satisfacción de los sujetos adultos de 18 a 65 años en reinternación. Sobre todo se pretendió observar cuales son las percepciones que más se presentaron en el grupo estudiado, como se manifestaron según su opinión, género y condiciones socioeconómicas.

La SATISFACCIÓN ha sido ampliamente estudiada por la necesidad de gestionar los servicios y evaluar la calidad recibida, a través del instrumento SERVQHOS. Esto permite realizar cambios en la asistencia sanitaria desde la percepción objetiva y subjetiva del proceso.

El SERVQHOS (se basa en el SERVQUAL), específicamente diseñado para el ámbito hospitalario , se encuentra formado por un número reducido de ítems (19), siendo de facilidad y rapidez en la respuesta , combinando expectativas y percepciones.

En muchos casos se debe adaptar la Calidad percibida, como así la Calidad técnica dependiendo de los servicios en los cuales se propondrá el instrumento. El tipo de estudio transversal permitió ser utilizado una única vez en el tiempo propuesto.

No se realizó prueba piloto por ser un instrumento ampliamente validado, pero para cumplir con el control de validez interna, se ofrecieron los instrumentos a otros sujetos en alta para observar potenciales ítems que no se comprendieran. El SERVQHOS demuestra alta consistencia interna, capacidad predictiva y buena estructura factorial.

Las dos partes del instrumento evalúan dimensiones como son la calidad tangible e intangible.

Los aspectos intangibles se basan en la mera opinión del sujeto.

Los aspectos tangibles son los susceptibles de comprobación como es la limpieza, vestimenta del personal, puntualidad e información dada a los sujetos.

Los intangibles (subjetivos) detallados por Parasuraman, Zeithaml, y Berry sería la empatía, las respuestas, la seguridad, fiabilidad y puntualidad.

La escala de respuesta es consistente ya que a mayor respuesta corresponde un nivel mayor de calidad percibida, esto hace referencia a una valoración positiva por parte de los sujetos

El hecho que los sujetos estén satisfechos e insatisfechos se basan en los ítems de la práctica (nombre del médico / enfermera, tiempo de ingreso o si recomendaría el hospital a otras personas).

Este instrumento permite mejorar y capacita para tomar decisiones entre la gerencia y el resto del personal de salud

Tras la ejecución del instrumento se pudo determinar que la consistencia interna se determinó mediante el cálculo del valor alfa de Cronbach. Para el total del cuestionario y para cada uno de los indicadores se estimó media, modo y desvío estándar. La fiabilidad de la división de los grupos de los aspectos evaluados se midió a través del cálculo de corrección de Spearman-Brown para la versión de 19 ítems y la diferencia de medias al comparar las puntuaciones del cuestionario brindado en el efector durante doce semanas

Se determinó también un análisis discriminante considerando las variables Nivel de satisfacción del sujeto (en lo que respecta a si recomendaría el hospital , el tiempo de ingreso, si conocía el nombre del médico / enfermera que lo atendió y aceptación del consentimiento informado)

Este estudio de abordaje cuantitativo se podría enriquecer tomando también un abordaje cualitativo de grupos focales para la mejor comprensión de las expectativas y saberes

De interés sería que esta investigación se realizara en otras instituciones públicas y poder realizar una evaluación comparativa entre ellas tomando en cuenta la evaluación del sujeto.

Conclusión

El personal de salud cumple un rol importante en el desempeño de los servicios de salud, influenciando directamente en la satisfacción, productividad y armonía en la prestación de cuidados en especial del personal de enfermería

Es de relevancia las funciones que cumplen en lo que respecta a las funciones administrativas, técnicas, educativas e investigativas. Se realizan en esto último escasas investigaciones que aborden este tema en nuestra ciudad.

En la investigación realizada, se pone de manifiesto que existe una relación muy significativa, entre entre la Percepción de la calidad de los cuidados , la atención de enfermería y la satisfacción de los pacientes adultos de 18 a 65 años en re internación obtenidos de un efector público de la ciudad de Rosario.

El Hospital fue de elección por su trayectoria nacional e internacional.

Se describieron y analizaron las características de los adultos seleccionados

El identificar la calidad de atención brindada, fue uno de los objetivos que permite priorizar los cuidados dependiendo de la percepción del sujeto. No deja de ser relevante el entorno , como factores micro-ambientales y las relaciones que juntas dan como resultado la calidad global de la atención , indicadores muy fuertes al pensar en la organización y gestión de un buen servicio

Es importante especialmente para Enfermería conocer e identificar la relación que esta determinada entre la percepción de la calidad de los cuidados y la satisfacción de los sujetos a su cargo

La calidad de los servicios se encuentra estrechamente relacionada con la percepción del sujeto .las variables que son tomadas para la encuesta tienen

sustento en numerosas investigaciones realizadas. Es el modelo SERVQUAL propuesto, se establece como efectivo a la hora de medir calidad.

Es la satisfacción del sujeto un medio de evaluar la calidad de los servicios, puede generar un feedback positivo entre la calidad y la atención que brinda enfermería.

Medir calidad y su relación con la satisfacción a partir de las percepciones de los sujetos permitirá a través de su análisis generar una herramienta importante en la planificación y organización de la atención, para la adecuación a las respuestas de las necesidades de los sujetos .De los datos obtenidos podemos afirmar que son los cuidados los que deben ser dirigidos para satisfacer sus expectativas en términos de cuidados del arte, la técnica, el entorno físico, la disponibilidad y la eficacia como resultado de la atención .

ANEXOS

Estimado Sr/Sra.:

Mi nombre es Olinda Teresa Godoy, soy Licenciada en Enfermería y estoy interesada en conocer su opinión acerca de la calidad de la atención que se le ha ofrecido durante su estancia en el Hospital.

Los datos recogidos servirán para la presentación de la Tesis para acceder al pos grado de Magister en Administración de Servicios de Enfermería, cursado en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario

Por este motivo, me permito dirigirme a usted con el propósito de solicitar su colaboración, con la seguridad de que su opinión será de gran utilidad.

Por supuesto, su colaboración es totalmente **voluntaria y completamente anónima**. Todo lo que escriba será tratado de forma **absolutamente confidencial**. Si Ud. acepta contestar las preguntas que se presentan a continuación, entenderé que da su consentimiento.

Me permito sugerirle que cumplimente cuanto antes el cuestionario y en su totalidad.

Le agradezco muy sinceramente su interés al leer esta presentación y su atención para el presente trabajo, con la seguridad de que será en beneficio de todos.

Fecha:

Número de encuesta:

- ¿Se le ha informado suficientemente de los cuidados habituales que requerirá? Si No
- Le informó: el Médico Si No la Enfermera Si No

Basándose en su experiencia señale si la calidad de la asistencia sanitaria que le ha proporcionado el hospital ha sido mejor o peor de lo que Usted esperaba. Si cree, por ejemplo, que ha sido **MUCHO PEOR** de lo que esperaba ponga una **X** en la casilla 1. Si ha sido **MUCHO MEJOR** de lo que esperaba, ponga la **X** en la casilla 5, y así sucesivamente.

La Calidad de la asistencia ha sido
--

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba
Clave de Respuesta	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1)La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y Tratamientos ha sido					
2)La apariencia (aseo y uniforme) del personal ha sido:					
3)Las indicaciones (señalizaciones)para orientarse y saber dónde ir en el hospital ha sido					
4) El interés del personal por cumplir lo que promete ha sido					
5)El estado en que están las habitaciones del hospital (aparencia y comodidad)ha sido					
6)La información que los médicos proporcionan ha sido					
7)El tiempo de espera para ser atendido por un médico ha sido					
8)La facilidad para llegar al hospital ha sido					
9) El interés del personal por solucionar problemas de los pacientes ha sido					
10)La puntualidad de las consultas médicas ha sido					
11)La rapidez con que se consigue lo que se necesita o pide ha sido					
12)La disposición del personal para ayudarlo cuando lo necesita ha sido					

13)La confianza (seguridad) que el personal trasmite a los pacientes ha sido					
14)La amabilidad (cortesía)del personal en su trato					
15)La preparación del personal (capacitación)para realización su trabajo ha sido					
16)El trato personalizado que se da a los pacientes ha sido					
17)La capacidad del personal para comprender las necesidades de los pacientes ha sido					
18)La información que los médicos dan a los familiares ha sido					
19)El interés del personal de enfermería por los pacientes ha sido					
20)Le han realizado en el hospital pruebas o intervenciones sin pedir permiso					
21)Conoce el nombre del médico que lo atendía habitualmente					
22)Conoce el nombre de la enfermera/o que lo atendia habitualmente					

Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el Hospital

- Muy satisfecho Satisfecho
Poco satisfecho Nada satisfecho

¿Recomendaría este hospital a otras personas?

- Sin dudarlo Tengo dudas Nunca

¿A su juicio ha estado ingresado en el hospital?

- Menos de lo necesario
El tiempo necesario
Más de lo necesario

¿Cree que ha recibido suficiente información sobre lo que le pasaba?

- Si No

Durante su ingreso en el hospital ha estado en el Servicio de:

.....
.....

El ingreso se produjo: Programado Por vía de Urgencia

Número de veces que ha estado ingresado /a en el hospital el último año:

.....

CAPITULO III
PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. Características de los Sujetos

Tabla N° 1: Distribución de los sujetos en re internación en un Hospital Público según variables sociodemográficas. Rosario, agosto a noviembre 2011.

Variables socio-demográficas	N°	%
Grupo etáreo		
Adulto Joven	12	24
Adulto Maduro	31	62
Adulto Mayor	7	14
Sexo		
Femenino	21	42
Masculino	29	58
Estudios		
Sin estudios	20	40
Primario completo	16	32
Secundario completo	13	26
Universitario	1	2
Ocupación		
Trabajando	8	16
Desocupado	9	18
Jubilado	10	20
Pensionado	6	12
Trabaja en el hogar	13	26
Estudiando	4	8
Estado civil		
Soltero	11	22
Casado	14	28
Separado	6	12
Viudo	8	16
En pareja	11	22
Sustento Familiar		
Sí	21	42
No	29	58

Fuente: encuesta realizada

Los usuarios entrevistados fueron adultos con una media de 48,50 años ($\pm 15,760$ DE), los cuales fueron agrupados en franjas etareas: adultez joven de 18 a 35 años (24%), adultez media de 35 a 65 años (62%) y adultez mayor, mayores de 65 años (14%). De éstos el 58% eran hombres y el 42% mujeres.

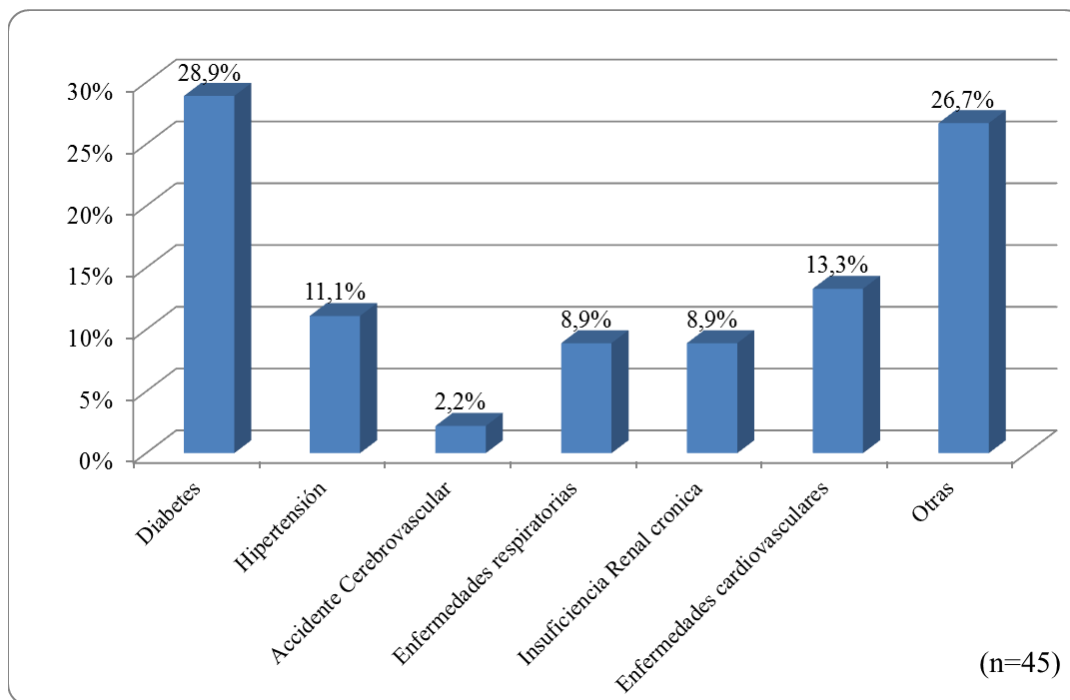
Un número importante (n=20) de los usuarios no contaban con estudios o no los habían completado, contaban con Primario completo 16 usuarios, con secundario completo 13 usuarios y solo uno contaba con estudios universitarios.

Casi la mitad de los encuestados trabajaba en relación de dependencia o en su hogar (n=21), un 32% (n=16) se encontraba jubilado o era pensionado y el 18% (n=9) estaba desocupado. Dentro de los encuestados el 8% (n=4) se encontraba estudiando. El trabajo en el hogar así como la desocupación se destaca en la franja etárea de los adultos maduros. Cuando se analiza la ocupación según sexo la mayoría de los desocupados eran varones (n=8) y de los que trabajaban en el hogar, la mayoría eran mujeres (n=11)

La mitad de los usuarios estaban casados o en pareja (n=25).

Casi la mitad de los entrevistados era sostén familiar (n=21, 42%).

Gráfico 1: Distribución de los sujetos en re internación en un Hospital Público según antecedentes de patologías previas. Rosario, agosto a noviembre 2011.

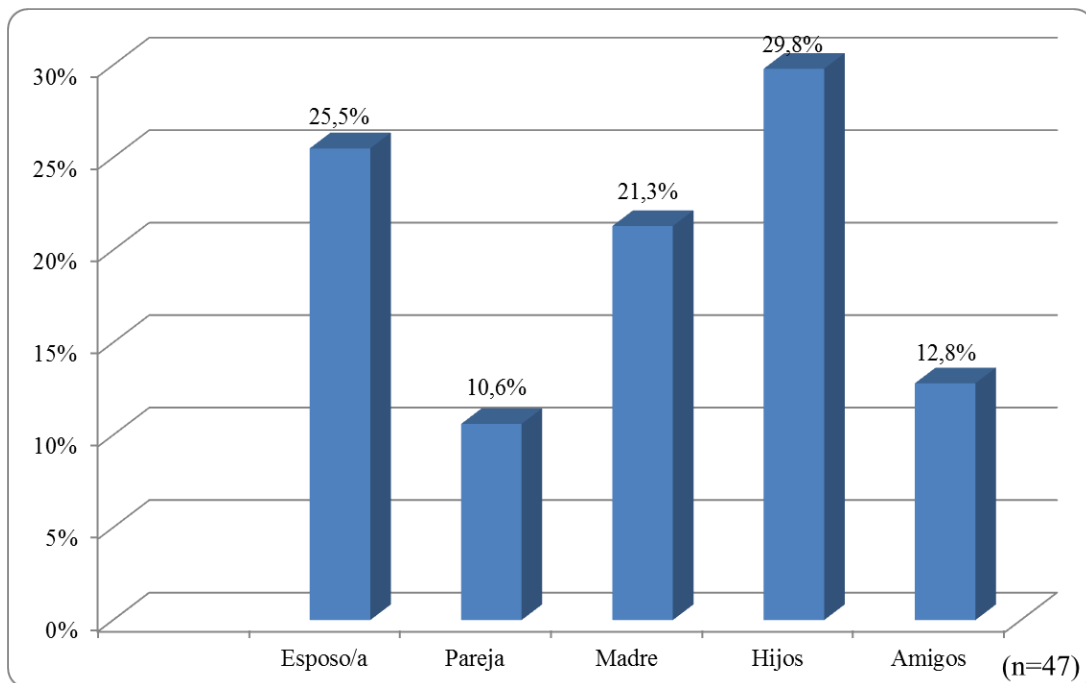


Fuente: encuesta realizada

Cuando se observan las patologías previas de los encuestados se destaca la Diabetes (n=13) y otras (n=12) tales como patologías onco-hematológicas, vasculares periféricas y accidentes de tránsito. Le siguen las enfermedades cardiovasculares (n=6) y la Hipertensión (n=5).

2. Ingreso al efector de Salud

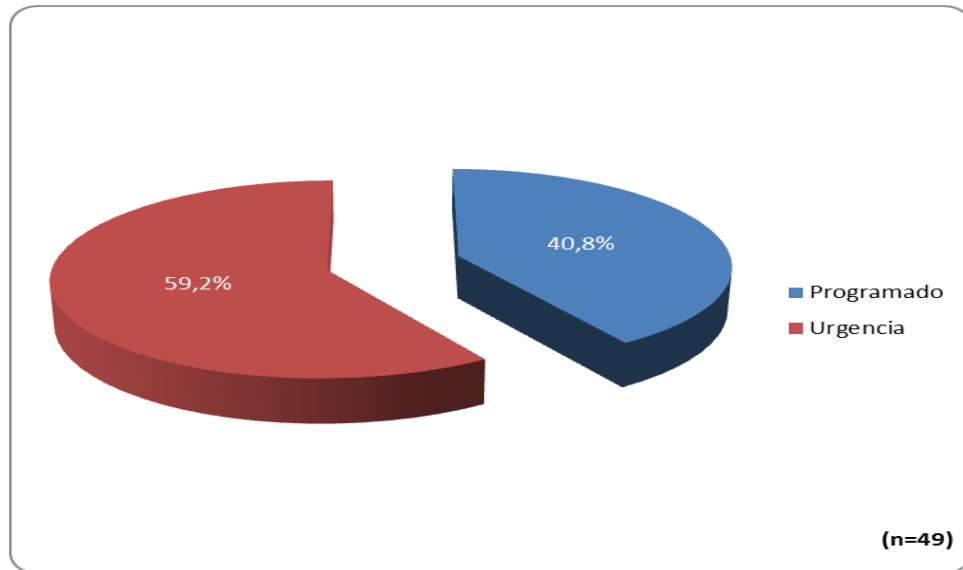
Gráfico N° 2: Perfil del acompañante de los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Fuente: encuesta realizada

El 36,17% (n=17) de los encuestados se encontraba acompañado por su esposo/a o pareja, un 29,8% (n=14) por los hijos, un 21,3 % (n=10) por las madres y un 12,8 % (n=6) por sus amigos.

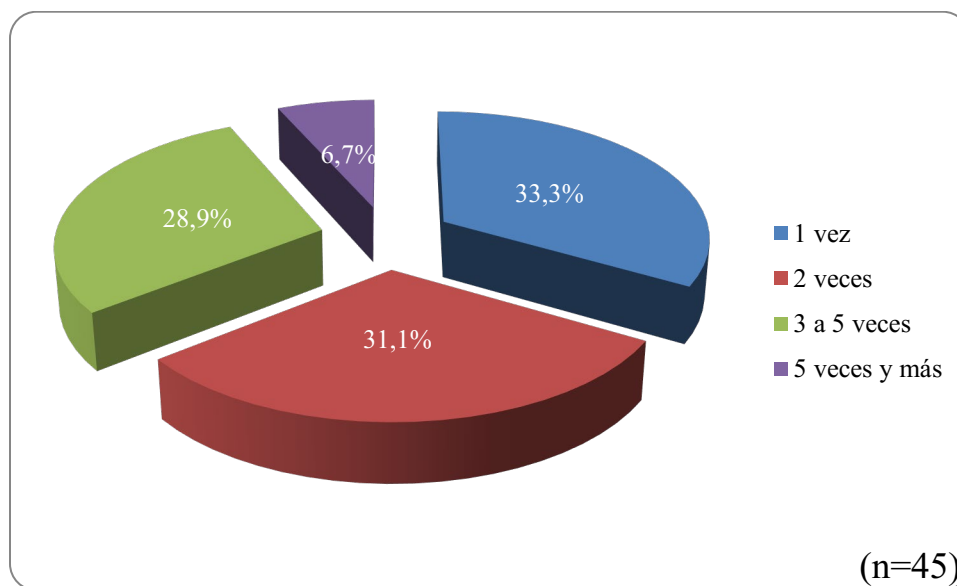
Gráfico N° 3: Tipo de ingreso al efector de los sujetos en reinternación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Fuente: encuesta realizada

Casi la mitad de los encuestados ingresaron al hospital por urgencia y el resto programado.

Gráfico N° 4: Número de ingresos en el hospital en el último año de los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.

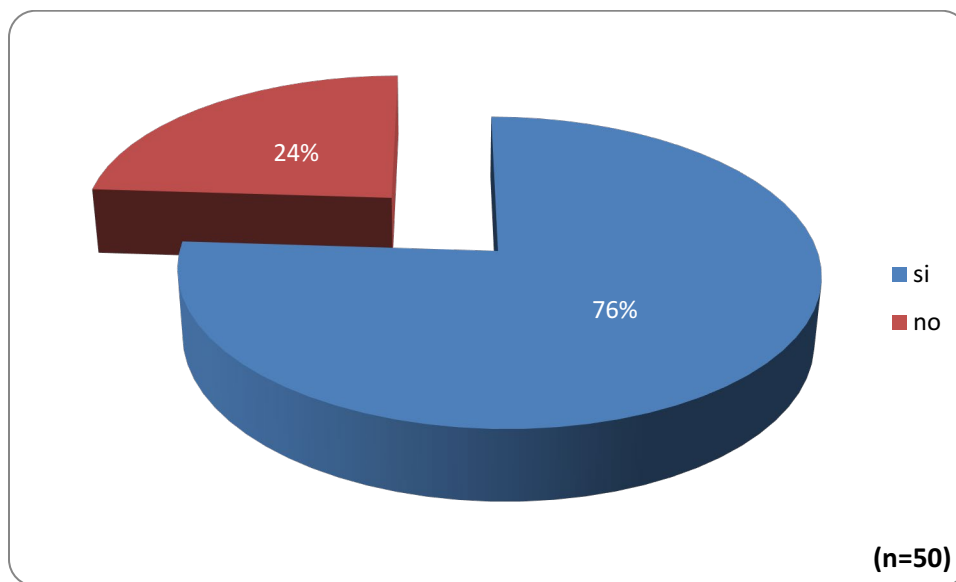


Fuente: encuesta realizada

Los encuestados tuvieron una media de 2,09 ingresos ($\pm 0,949$ DE), 15 sujetos ingresaron una vez, 14 sujetos dos veces y 16 sujetos más de tres veces.

3. Valoración de los sujetos de la experiencia de internación

Gráfico N° 5: Valoración de los sujetos sobre si se les brindó información suficiente sobre los cuidados que requerirían después del alta hospitalaria. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Fuente: encuesta realizada

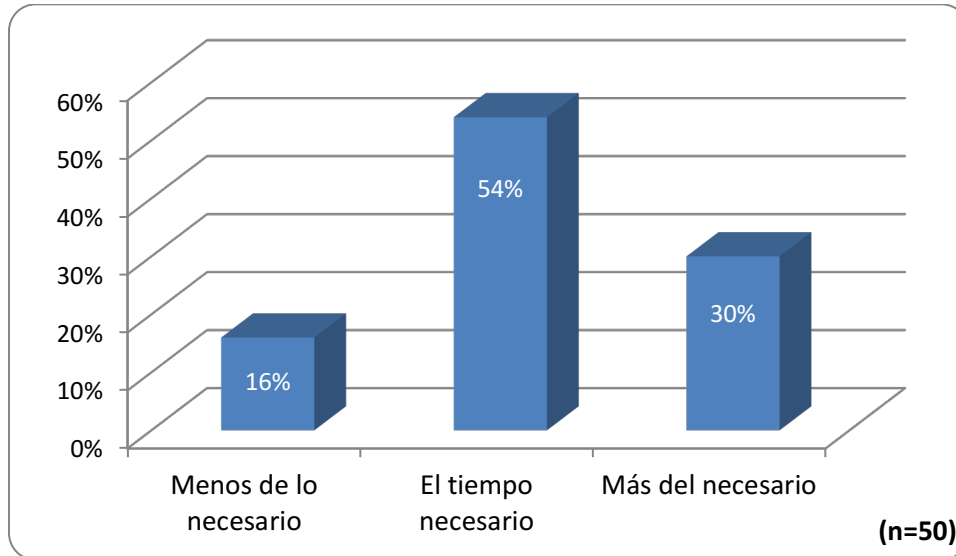
La mayoría (76%, n=38) de los sujetos encuestados valoró que recibió suficiente información sobre los cuidados posteriores al alta hospitalaria. La mayoría (66%, n=33) manifestó que esa información la brindaron los médicos.

El 74% (n=37) conocía el nombre del médico tratante y un 64% (n=32) el nombre de la enfermera que lo atendía.

Un 86% de los encuestados consideraron que no se les realizó pruebas o intervenciones sin autorización.

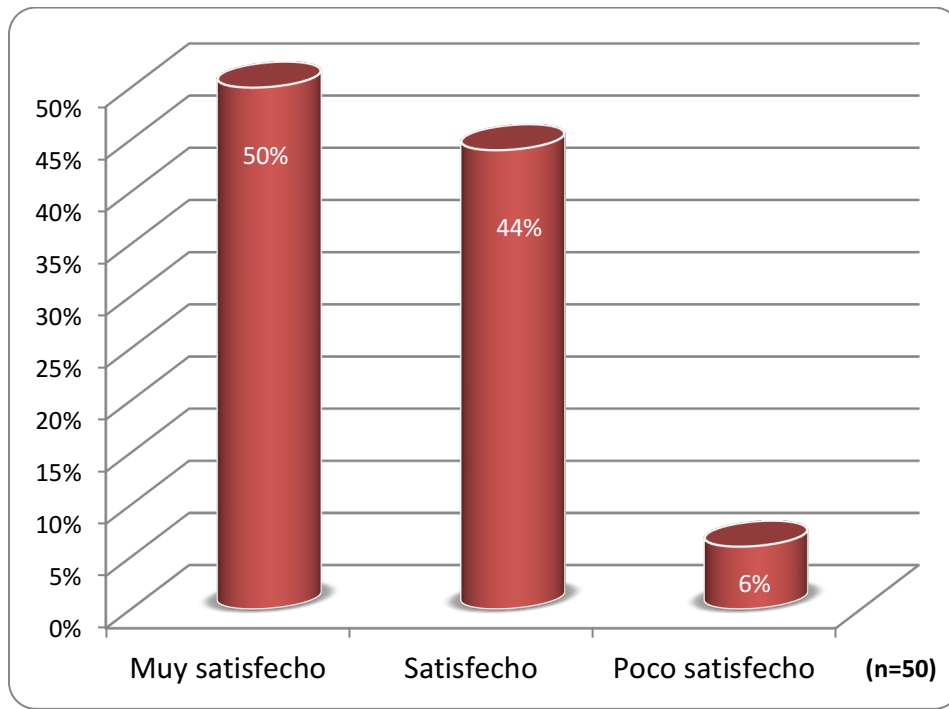
Con respecto al tiempo que permanecieron internados, tal como se observa en el Gráfico N° 6, un poco más de la mitad de los encuestados (n=27) consideró que estuvo internado el tiempo suficiente, 15 sujetos más de lo necesario y 8 sujetos menos de lo necesario.

Gráfico N° 6: Valoración de los sujetos sobre el tiempo que estuvieron internados. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Fuente: encuesta realizada

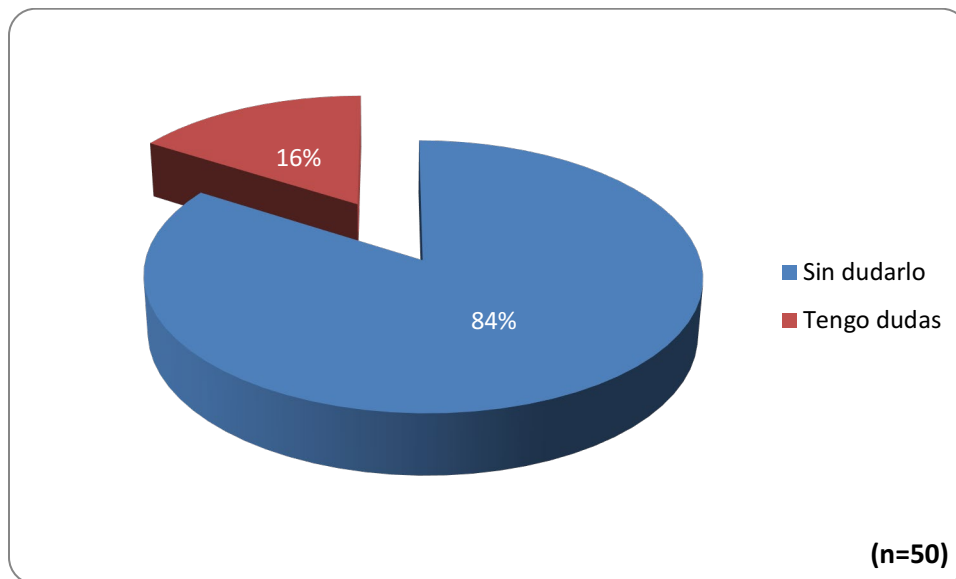
Gráfico N° 7: Satisfacción global con los cuidados recibidos durante la hospitalización de los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Fuente: encuesta realizada

Tal como puede observarse en el Gráfico N° 7, el 94% (n=47) de los encuestados se sintió satisfecho con los cuidados recibidos durante la internación, destacándose que la mitad de los sujetos se sintieron muy satisfechos.

Gráfico N° 8: Recomendación del Hospital por parte de los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Fuente: encuesta realizada

La mayoría de los encuestados (n=42) recomendaría al Hospital sin dudar.

4. Calidad percibida durante la internación.

Tabla N° 2: Aspectos tangibles de la calidad percibidos por los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.

Aspectos Tangibles	MP	P	CP	M	MM	Media	DE	Mo
P1- Tecnología del Hospital	4%	12%	56%	20%	8%	3,16	0,889	3
P2- Aspecto del personal de Enfermería	2%	2%	66%	20%	10%	3,34	0,772	3
P3- Señalización hospitalaria	0%	36%	42%	16%	6%	2,92	0,877	3
P5- Comodidad de las habitaciones	4%	12%	36%	42%	6%	3,34	0,917	4
P6- Información proporcionada	2%	8%	40%	40%	10%	3,48	0,863	3
P7- Tiempo de espera para ser atendido	10%	18%	36%	32%	4%	3,02	1,04	3
P8- Facilidad para llegar al hospital	0%	6%	50%	32%	12%	3,5	0,789	3
P10- La puntualidad en las consultas médicas	0%	10%	48%	36%	6%	3,38	0,753	3
P18- Información a familiares	2%	12%	34%	40%	12%	3,48	0,931	4

Ref: MP: Mucho Peor; P: Peor; CP: Como lo esperaba; M: Mejor; MM: Mucho Mejor.

Fuente: encuesta realizada

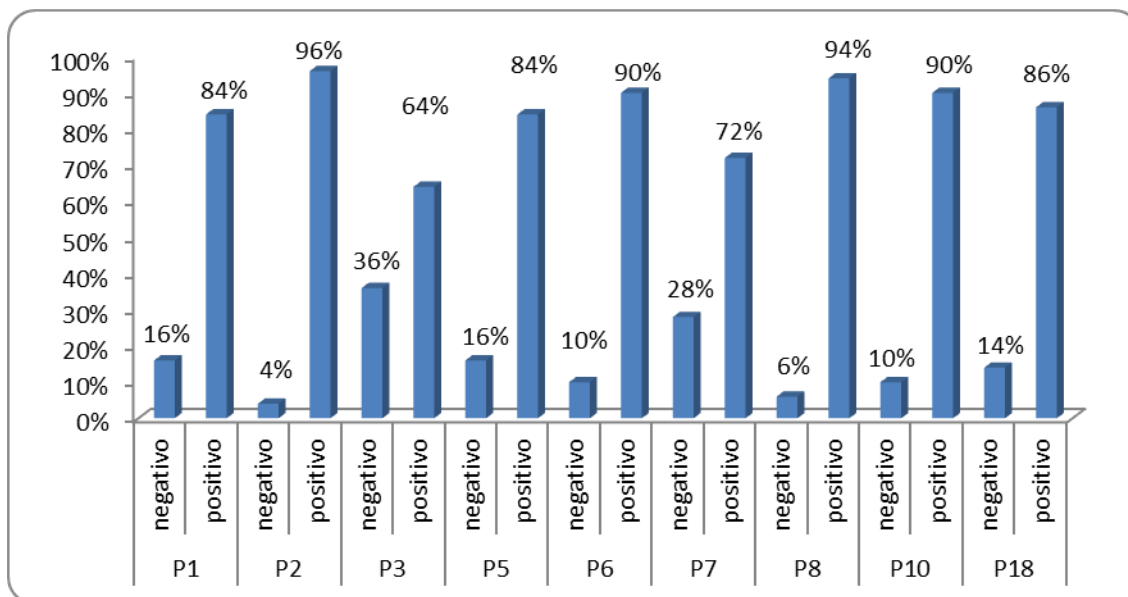
Con respecto a los aspectos tangibles que en su conjunto permiten obtener una valoración por parte de los sujetos encuestados sobre la Calidad Objetiva, se observa en la Tabla N°2 que en promedio las respuestas tienden a ubicarse en valores medios. El cálculo de la moda (Mo) arrojó un valor de 3 en casi todos los ítems con excepción de los ítems “P5 - Apariencia y comodidad de las habitaciones” y “P18 - Información a familiares” en los cuales la categoría que más se repitió fue 4 “Mejor”.

Al analizar las frecuencias relativas, se observa que la categoría de respuesta “Mucho Mejor” alcanza en el mejor de los casos un 12% (P-18 y P-8), en la escala de respuesta “Mejor” se obtuvieron frecuencias relativas superiores al 35% en los ítems: P-5; P-6; P-18 y P-10). El ítems peor valorado fue “P3 - Señalización hospitalaria” con un 36% (n=18) de sujetos que respondieron “peor de lo que esperaba”. Ninguna persona calificó a

“P3 - Señalización hospitalaria”, “P8 - Facilidad para llegar al hospital” y “P10 - La puntualidad en las consultas médicas” de manera muy desfavorable ya que no hubo respuestas “Mucho Peor”.

Posteriormente, todos los ítems sobre aspectos tangibles se re-categorizaron en percepciones positivas y negativas, considerando como positivo a una puntuación igual o superior a 3 y como negativo a las puntuaciones menores a 3, de esta manera se puede apreciar en el gráfico siguiente.

Gráfico N° 9: Aspectos tangibles de la calidad percibidos de manera positiva o negativa por los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.



Ref: P1- Tecnología del Hospital; P2- Aspecto del personal de Enfermería; P3- Señalización hospitalaria; P5- Comodidad de las habitaciones; P6- Información proporcionada; P7- Tiempo de espera para ser atendido; P8- Facilidad para llegar al hospital; P10- La puntualidad en las consultas médicas; P18- Información a familiares

Fuente: encuesta realizada

El Gráfico N° 9 permite observar de manera más clara la percepción de los encuestados que en términos generales indican una valoración positiva de los ítems que componen la calidad Objetiva. Los ítems que se destacan por su valoración negativa son “P -3 Señalización hospitalaria” y “P – 7 Tiempo de espera para ser atendido”.

Tabla N° 3: Aspectos intangibles de la calidad percibidos por los sujetos en reinternación en un Hospital. Rosario, agosto a noviembre 2011.

Aspectos Intangibles	MP	P	CP	M	MM	Media	DE	Mo
P4- Interés por cumplir promesas	2%	6%	42%	38%	12%	3,52	0,863	3
P9- Interés para solucionar problemas	0%	8%	50%	30%	12%	3,46	0,813	3
P11- Rapidez de respuesta	0%	8%	40%	44%	8%	3,52	0,762	4
P12- Disposición para la ayuda	0%	14%	40%	36%	10%	3,42	0,859	3
P13- Seguridad transmitida	2%	12%	46%	32%	8%	3,32	0,868	3
P14- Amabilidad en el trato	4%	8%	38%	36%	14%	3,48	0,974	3
P15- Capacitación del personal	0%	8%	54%	28%	10%	3,40	0,782	3
P16- Trato personalizado	2%	6%	42%	36%	14%	3,54	0,885	3
P17- Comprensión de necesidades	0%	12%	40%	36%	12%	3,48	0,863	3
P19- Interés por los pacientes	2%	10%	28%	46%	14%	3,60	0,926	4

Ref: MP: Mucho Peor; P: Peor; CP: Como lo esperaba; M: Mejor; MM: Mucho Mejor
Fuente: encuesta realizada

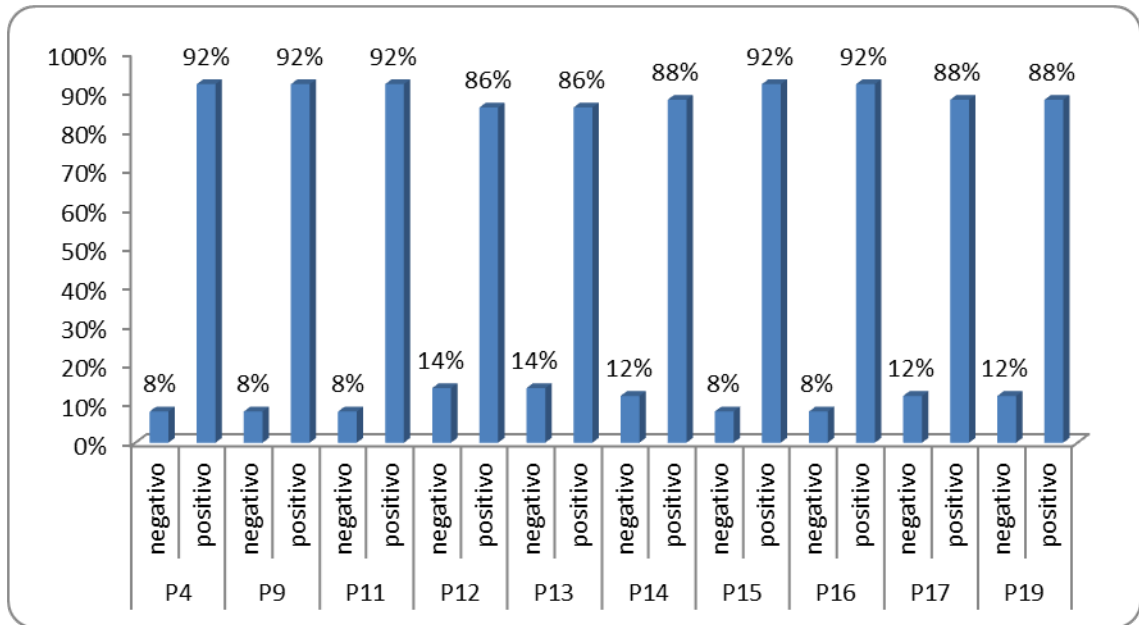
En cuanto a los aspectos intangibles que en su conjunto permiten obtener una valoración por parte de los sujetos encuestados sobre la Calidad Subjetiva, en la Tabla N° 3 se observa que en promedio las respuestas tienden a ubicarse en valores medios. El cálculo de la moda (Mo) arrojó un valor de 3 en casi todos los ítems con excepción de los ítems “P11- Rapidez de respuesta” (Mo 4) y el ítems “P19- Interés por los pacientes” (Mo 4).

La categoría de respuesta “Mucho Mejor” alcanza un 14% (P-14; P-16 y P-19). En la categoría de respuesta “Mejor” se destacan los ítems “P19 - Interés por los pacientes” con 46% y “P11 - Rapidez de respuesta” con un 44%.

Ninguna persona calificó a “P9 - Interés para solucionar problemas”, “P11 - Rapidez de respuesta”, “P12 - Disposición para la ayuda”, “P15 - Capacitación del personal” y “P17

- Comprensión de necesidades”, de manera muy desfavorable ya que no hubo respuestas “Mucho Peor”.

Gráfico N° 10: Aspectos intangibles de la calidad percibidos de manera positiva o negativa por los sujetos en re internación en un Hospital Público. Rosario, agosto a noviembre 2011.

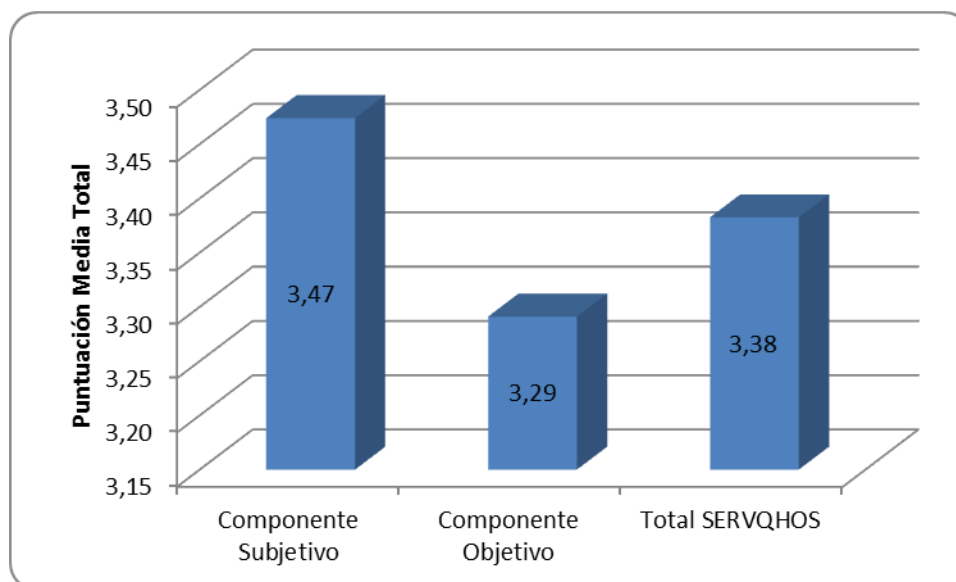


Ref: P4- Interés por cumplir promesas; P9- Interés para solucionar problemas; P11- Rapidez de respuesta; P12- Disposición para la ayuda; P13- Seguridad transmitida; P14- Amabilidad en el trato; P15- Capacitación del personal; P16- Trato personalizado; P17- Comprensión de necesidades; P19- interés por los pacientes

Fuente: encuesta realizada

El Gráfico N° 10 permite observar que los sujetos encuestados valoraron de manera positiva todos los ítems que hacen referencia a los aspectos intangibles y que componen la Calidad Subjetiva. Los aspectos o ítems considerados negativos no superan el 14% de las respuestas.

Gráfico N° 11: Comparación de la puntuación media por dimensiones y total del SERVQHOL según respuestas de los sujetos en re internación en un Hospital. Rosario, agosto a noviembre 2011.



A los efectos de poder comparar los resultados obtenidos con los antecedentes relevados se calcularon las medias aritméticas de cada uno de los bloques de preguntas o dimensiones y la media con estos dos, a los efectos de obtener la puntuación SERVQHOS.

La puntuación media del componente Subjetivo (aspectos intangibles) fue superior a la puntuación media del componente Objetivo (aspectos tangibles): $x 3,47 \pm 0,59687$ vs $x 3,29 \pm 0,49887$.

Los sujetos que percibieron positivamente (para una puntuación > 3) al componente Subjetivo fue de un 84% ($n=42$) y para el componente Objetivo de un 68% ($n=34$).

La puntuación total del SERVQHOS obtuvo una media de $3,38 \pm 0,49936$. Un 90% ($n=45$) de los sujetos percibieron positivamente la Calidad de la internación (para una puntuación > 3).

Se hallaron evidencias de asociación estadística significativa entre la puntuación total del SERVQHOS con los estudios concluidos de los encuestados ($\chi^2 = 11,569$, gl 3, $p^* = 0,009$); la información suministrada sobre los cuidados que requerirían después del alta hospitalaria (U de Mann-Whitney: 187,000; W de Wilcoxon: 292,000; $Z:-2,702$; $P^*=0,007$)

y quién le informó sobre los cuidados (U de Mann-Whitney: 198,000; W de Wilcoxon: 351,000; Z:-3,251; $p^*=0,001$).

La correlación de la puntuación SERVQHOS con respecto a la satisfacción global como criterio de referencia, calculada con el coeficiente de correlación de Spearman, fue de -,331 ($p^*= 0,019$), significativa al nivel 0,05 (bilateral).

BIBLIOGRAFIA

1) Borre Ortiz Yeis Miguel, Vega Vega Yolanda CIENCIA Y ENFERMERIA XX (3):
81-94, 2014 ISSN 0717-2079

CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES
HOSPITALIZADOS

www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

2) Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro

Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos Revista
Gerencia y Políticas de Salud

Print version ISSN 1657-7027 **Rev. Gerenc. Polit.**

Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007 revistas.javeriana.edu.co › Inicio › Vol.

6, Núm. 13 (2007) › Velandia Salazar

3) Cabrera García Julio, Miguel Richart Martínez y otros “Satisfacción del paciente
hospitalizado y recién dado de alta “

Universidad de Alicante www.dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/satisfacción-del-paciente-hospitalizado.pdf

--Correa Edgar Ing. M. Sc “Teoría y Pensamiento Administrativo-Breve biografía
de Peter Druke "Practice of Management .

Noviembre 2006 <http://www.gestiopolis.com/canales/7/ger/biografia-de-peter-druker.htm>

--Gonzales Morales Dunia, Ernesto Michael Acosta Ortega. “Calidad de servicio
percibida en los puntos de venta “El encanto ” ”Praga” y “Riviera” de la cadena de
tiendas Panamericanas en Santa Clara”. Observatorio de economía

Latinoamericana. Revista Académica de Economía. Economía de Cuba.

Universidad Central Marta Abreu de Las Villas.

www.eumed.net/cursecon/ecolat/eu/2009/gmao.htm.

--Ibarrola Izura S, Beortegui E y otros "Evaluación de la Satisfacción con los cuidados de Enfermería en el área del Hospital de cardiología" Enfermería en

cardiología N° 53/2º cuatrimestre 2011 pág. 27 www.enfermeriaen

cardiología.com/revista/53_03.pdf

--Mira J.J., J.A. Buil, J Aranaz y otros ¿Que opinan los pacientes de los hospitales publicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales.

Departamento de psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández San Juan de Alicante. Gaceta Sanitaria .Julio 2000. Vol 14 N° 14 pág. 291-293.

--Lic. Ortegón Chapa María Cristina "Satisfacción del paciente hospitalizado con el cuidado de enfermería" Universidad Autónoma de Nueva León. 2002. Facultad de Enfermería. eprints.uanl.mx/1345/1/1080116257.PDF

--Reyes Gómez Blanca Esthela, Omar Rafael Aceituno Cerrado. "Satisfacción de la Atención en la consulta General a usuarios mayores de 15 años. Centro de Salud Flor de Campo. Tegucigalpa. Honduras" .Julio 2004.

--Villanueva Alejandra, Pedro Riega y otros "Cumplimiento de estándares de la calidad de atención del parto institucional y niveles de satisfacción de usuarios "Revista Peruana de Epidemiologia.2003 11/11.

4) ALMA ATA-OMS/Asamblea Mundial de la Salud documento 2007 "Plan estratégico 2008-2013

- 5) Ministerio de Salud y Acción Social. Decreto N° 1269 del 20 de Julio de 1992.
Publicado el 3 de Noviembre de 1995
- 6) Cipolletta Graciela. Revista latinoamericana de derecho social. N° 8. Enero
Junio 2009 pág. 3 -51
- 7) Brunner and Suddarth's textbook of Canadian medical –surgical nursing- Rene
A Day, Pauline Paul, Beverly Williams 2009. [books.google.com.ar/books?
isbn=0781799899...](https://books.google.com.ar/books?isbn=0781799899...)
- 8) Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires:
Ediciones Cinco, pp. 269 <http://www.redalyc.org/pdf/805/80525320.pdf>
- 9) Tobar, Federico. "Herramientas para el análisis del Sector Salud". Breve
historia de la prestación del sector Salud en la Argentina 23/08/01 "El Hospital
Público" .pág. 16 http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf
- 10) Allgood Martha, Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería 7°
Edición Cap. 5 pág. 56
- 11) Freddy Velandia Salazar, Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro
Satisfacción y Calidad : análisis de la equivalencia o no de los términos Revista
Gerencia y Políticas de Salud
Print version ISSN 1657-7027 Rev. Gerenc. Polit.
Salud vol.6 no.13 Bogotá July/Dec. 2007
- 12) Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica
Mexicana, S.A. México D:F: 1984
- 13) Julián Pérez Porto y María Merino-"Definición de Paciente"2013
(<http://definicion.de/paciente/>)

- 14) Blogs.infobae.com/abracalabra-palabra/2013/11/19/ser-paciente-o tener-paciencia
- 15) Alligood Martha, Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería 7ª Edición Año 2011 Cap. 15 pág.286- 300
- 16) Iyer, Taptich, "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" Interamericana-McGraw Hill 2ª Edic. España 1993 Cap. 5.
- 17) Cipolletta Graciela. Revista latinoamericana de derecho social. Nº 8. Enero Junio 2009 pág. 3 -51
- 18) *La Percepción*
<http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
- 19) *García Emilio Ignacio "Conceptos Generales y Monitorización de la Calidad Curso sobre acreditación docente y de servicios. Universitarios Universidad Cádiz personal.us.es/egarji/conceptosgeneralesymonitorizacion.p*
- 20) Iyer, Taptich, "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" Interamericana-McGraw Hill 2ª Edic. España 1993 Cap. 5
- 21) Du Gas Beverly Witter "Tratado de Enfermería Práctica", 4ª Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11
- 22) King Imógenes M. "A Theory for Nursing systems, concepts, process". 1981. Editorial John & Sons. New York. Concepto de Comunicación Pág. 73

23) *Brunner and Suddarth's textbook of Canadian medical –surgical nursing- Rene A Day, Pauline Paul, Beverly Williams 2000 books.google.com.ar/books?isbn=0781799899...*

24) Tobar, Fedreico *Diferentes modelos de provisión de servicios médicos en Argentina*” pág. 12 http://www.isalud.org/documentacion/Breve_historia.pdf

25) Watzlawick, Beavin y Jackson. Apuntes para la Gestión de Conflictos, la Mediación, el cambio, la transformación, la prevención del conflicto. Teoría **de la Comunicación Humana.**

<http://conflictosymediacion.wordpress.com/2012/02/07/teoria-de-la-comunicacion-humana-segun-watzlawick-beavin-y-jackson>

26) *Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984*

27) *Smelter S, Bare B Brunner and Suddarth'. Edit Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia 2012 Vol I. Cap 1 pág 5*

28) *Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984*

29) Opus cita

30) *Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984*

31) Opus cita

32) **INTERES POR LA GARANTÍA DE CALIDAD (INTRODUCCIÓN A LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL NIVEL LOCAL)** Caja Costarricense de Seguro Social Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud Universidad de Costa Rica Sistema de Estudios de Posgrado (SEP) Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública 2004

33) Donavedian, A. "La calidad de la Atención Médica". La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D:F: 1984

34) Borre Ortiz Yeis Miguel, Vega Vega Yolanda CIENCIA Y ENFERMERIA XX (3): 81-94, 2014 ISSN 0717-2079

CALIDAD PERCIBIDA DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS
www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_08.pdf

35) Investigaciones en Salud. Publicaciones Científicas de la Secretaria de Salud Pública Municipal. Vol1 N°2 Rosario Agosto-Diciembre 1998 pág 42

36) La Gestión del Cuidado de Enfermería Rosa A. Zarate Grajales
<http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-1-4.pdf>

37) King Imógenes M. "A Theory for Nursing systems, concepts, process".1981 Editorial John & Sons. New York. Concepto de Comunicación Pág. 20

38) Lorenzini Erdmann, Leite Josete Luzia, Isabel Amelia Costa Mendes y otro "ANÁLISIS DE INVESTIGACIONES BRASILEÑAS ENFOCADAS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA," AÑOS 2001-2003. Ciencia y Enfermería XI

(2): 35-46, 2005 I.S.S.N. 0717 – 2079

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v11n2/art06.pdf>

- 39) Iyer, Taptich, "Proceso y Diagnóstico de Enfermería" Interamericana-McGraw Hill 2º Edic. España 1993 Cap. 5.
- 40) Du Gas Beverly Witter "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11
- 41) Alligood Martha, Marriner Tomey Ann Modelos y Teorías en Enfermería 7º Edición Año 2011 Cap. 15 pág.286- 300
- 42) Phaneuf, M "La planificación de los cuidados enfermeros" Edit. Mc Graw Hill. México 1999
- 43) Watzlawick, Beavin y Jackson. Apuntes para la Gestión de Conflictos, la Mediación, el cambio, la transformación, la prevención del conflicto. Teoría **de la Comunicación Humana.**
<http://conflictosymediacion.wordpress.com/2012/02/07/teoria-de-la-comunicacion-humana-segun-watzlawick-beavin-y-jackson>
- 44) Du Gas Beverly W. "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11
- 45) Du Gas Beverly Witter "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11
- 46) Du Gas Beverly Witter "Tratado de Enfermería Práctica", 4º Edición. Edit. Interamericana México.1986 Unidad 3. Cap. 11
- 47) SmelterS, Bare B *Brunner and Suddarth*´. Edit Lippincott Williams&Wilkins. Philadelphia 2012 Vol I.Cap 1 pág 5
- 48) Freddy Velandia Salazar,Nelson Ardón Centeno, María Inés Jara Navarro Satisfacción y calidad: análisis de la equivalencia o no de los términos Revista Gerencia y Políticas de Salud *Print version* ISSN 1657-7027**Rev. Gerenc.**

49) Opus cita

50) Opus cita