

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO

FACULTAD DE ENFERMERÍA



SEGUNDA ESPECIALIDAD

ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES



TESIS

**NIVEL DE PERCEPCION DEL PACIENTE FRENTE A LA
CALIDAD DE CUIDADOS QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE
ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL II ESSALUD HUANUCO - 2016**

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

TESISTAS

- ❖ **LIC. ENF. AYALA ARBILDO STIVEENS MANUEL**
- ❖ **LIC. ENF. CAPCHA HUATUCO JOSUE DAVID**
- ❖ **LIC. ENF. FERRER VASQUEZ LISETH VICTORIA**

ASESORA

DRA. NANCY VERAMENDI VILLAVICENCIOS

HUÁNUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA:

A nuestras familias, por ser pilares fundamental en todo lo que somos; en nuestra educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo sostenido a través del tiempo.

Los autores

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre, por permitir nuestra existencia y darnos la oportunidad de servir a nuestros semejantes a través de tan bella carrera profesional.

Al personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital Nivel II ESSALUD Huánuco, por su apoyo desinteresado en la investigación.

A los usuarios del servicio de Emergencia del hospital nivel II ESSALUD Huánuco por su valiosa colaboración en la realización del presente estudio.

A todas las personas que contribuyeron directa o indirectamente en el desarrollo de la investigación.

RESUMEN

Objetivos: Identificar la relación entre la percepción del paciente y la calidad de cuidados que brinda el profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II EsSALUD – Huánuco. Los objetivos específicos fueron: identificar la relación entre percepción del paciente y la calidad de atención que brinda la enfermera (o) en el componente técnico, interpersonal y del entorno en el servicio de emergencia. La metodología: el tipo de investigación fue cuantitativa, descriptivo correlacional, prospectivo, observacional. Técnica: encuesta. Instrumento: cuestionario. Los resultados fueron: el 59,8% de usuarios perciben que la calidad de cuidados que brinda el Profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II EsSALUD - Huánuco, es favorable. Se comprobó la hipótesis a través del estadístico correlación de Pearson, concluyendo que la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,82 y una $p \leq 0,000$. En las dimensiones interpersonal y del entorno la correlación de Pearson fue de 0,89 y una $p \leq 0,000$ para cada una, encontrando significancia estadística llegando a la conclusión, que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.

Palabras clave: Percepción, Calidad de Atención, Enfermería, Servicio de Emergencia.

ABSTRACT

Objectives: To identify the relationship between the patient 's perception and the quality of care provided by the nursing professional in the emergency service of Hospital II EsSALUD - Huánuco. The specific objectives were: to identify the relationship between patient perception and the quality of care provided by the nurse in the technical, interpersonal and environmental component of the emergency service. The methodology: the type of research was quantitative, descriptive correlation, prospective, observational. Technique: survey. Instrument: questionnaire. The results were: 59.8% of users perceive that the quality of care provided by the Nursing Professional in the emergency service of Hospital II EsSALUD - Huánuco, is favorable.

The hypothesis was tested through the statistical correlation of Pearson, concluding that the relationship between the quality of care in the technical dimension and the level of perception of the patients of the emergency service under study, registered a Pearson correlation coefficient of 0, 82 and a $p \leq 0,000$. In the interpersonal and environmental dimensions Pearson's correlation was 0.89 and $p \leq 0.000$ for each one, finding statistical significance to conclude that these two variables are highly positively correlated.

Key words: Perception, Quality of Care, Nursing, Emergency Service.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	li
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INDICE	vi
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	xi
INTRODUCCION	12
CAPÍTULO I	20
MARCO TEÓRICO	20
1.1. Antecedentes	20
1.2. Bases conceptuales	27
1.3. Bases teóricas	52
1.4. Definición de términos operacionales	77
CAPÍTULO II	78
MARCO METODOLÓGICO	78
2.1. Ámbito.	78
2.2. Población.	79
2.3. Muestra.	79
2.4. Nivel y tipo de estudio.	81
2.5. Diseño de investigación.	82
2.6. Técnicas e instrumentos de investigación.	82
2.7. Procedimiento	83
2.8. Plan de tabulación y análisis de datos.	84
2.9. Validez y confiabilidad de los instrumentos	84
2.10. Aspectos éticos	84

CAPÍTULO III	
RESULTADOS	85
DISCUSIÓN	103
CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
ANEXOS	127

ÍNDICE DE TABLAS		Pág.
Tabla 01.	Edad en años de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016.	85
Tabla 02.	Sexo de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	87
Tabla 03.	Estado civil de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	88
Tabla 04.	Grado de instrucción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	89
Tabla 05.	Estancia en sala de observación en horas de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016	90
Tabla 06.	Procedencia de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	91
Tabla 07.	Ocupación de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	92
Tabla 08.	Calidad del cuidado en la dimensión técnica de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016	93
Tabla 09.	Calidad del cuidado en la dimensión interpersonal de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD - Huánuco – 2016	94
Tabla 10.	Calidad del cuidado en la dimensión entorno o	95

amenidades de los pacientes del servicio de
Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco
– 2016

Tabla 11.	Nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016	96
Tabla 12.	Relación entre la calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	97
Tabla 13.	Relación entre la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	99
Tabla 14.	Relación entre la calidad del cuidado en la dimensión del entorno y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	101

INDICE DE FIGURAS		Pág
Figura 01	Porcentaje de pacientes según edad en años. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	85
Figura 02	Porcentaje de pacientes según sexo. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	87
Figura 03	Porcentaje de pacientes según estado civil. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	88
Figura 04	Porcentaje de pacientes según grado de instrucción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016	89
Figura 05	Porcentaje de pacientes según estancia en sala de observación en horas. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	90
Figura 06	Porcentaje de pacientes según procedencia. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	91
Figura 07	Porcentaje de pacientes según ocupación. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016	92
Figura 08	Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión técnica. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2015	93
Figura 09	Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión interpersonal. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2015	94

- Figura 10 Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión entorno o amenidades. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016 95
- Figura 11 Nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016 96
- Figura 12 Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016 97
- Figura 13 Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión interpersonal y el nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016 99
- Figura 14 Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión entorno y el nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016 101

INTRODUCCION

La situación de la salud del Perú es heterogénea, existiendo grandes diferencias relacionadas con el nivel de pobreza. Las desigualdades sociales, las malas condiciones de vida y el escaso acceso a servicios explican las enormes brechas que existen entre la población urbana y la rural. (1)

Los cuidados de enfermería se determinan como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar. Con este proceso ha surgido, por añadidura, la necesidad de controlar la calidad de la atención que brinda enfermería, la cual se ha consolidado como parte sustantiva del proceso de producción a fin de proteger y proporcionar satisfacción a los usuarios. (2)

La calidad en la prestación de los servicios de salud, es sin duda una preocupación medular en la gestión de los servicios de enfermería, no sólo por la aspiración a la mejora de las capacidades institucionales en los organismos y dependencias sectoriales, sino sobre todo porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación del Estado. (3)

El Ministerio de Salud en el Perú, en su proceso de modernización manifiesta su preocupación sobre la atención integral de las personas, es por eso que la calidad de la atención es un componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una

responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad. Sin embargo, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud. Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad entre otros, constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, en relación con el diagnóstico y tratamiento.(4)

Sin embargo el Colegio de Enfermeras (os) del Perú, a fin de direccionar, articular e integrar los diversos esfuerzos que desarrollan las enfermeras gestoras para conducir los servicios de enfermería con eficacia, eficiencia y efectividad, ha considerado necesario definir un documento técnico - normativo que estandarice los procedimientos administrativos para la mejora de la calidad del cuidado de enfermería, en el corto, mediano y largo plazo.(5)

Los estudios que evalúan la calidad de la atención de la enfermera buscan no sólo mejorar lo bueno, sino la excelencia con el objetivo de identificar factores negativos y áreas críticas formulando estrategias orientadas a disminuir éstos factores hasta eliminarlos definitivamente. (6)

Con la globalización que se vive en el mundo actual y los constantes cambios que se han originado; los profesionales de salud, tienen como misión proporcionar cuidados de salud a la población; exigiéndole una atención y cuidados de calidad fundada en una sólida base de conocimientos y habilidades, mediante la aplicación de juicios y razonamientos acertados en un sistema de valores claros y convenientes, demostrando responsabilidad en el quehacer de sus funciones, ya que el paciente tiene derecho a recibir la mejor calidad de atención.(7)

La calidad de atención está considerada para su implementación y garantía dentro de los lineamientos del Ministerio de Salud (MINSA) y el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con un fundamento que direcciona a los profesionales de salud al momento de brindar atención al paciente que acude para ser atendido en algún establecimiento de salud, calidad que consiste en la aplicación de principios bioéticos como la justicia, la equidad, así como la preparación técnica adecuada y contar con los recursos necesarios.(8)

La satisfacción del usuario en relación a la atención sanitaria recibida ha sido conceptualizada de diferentes maneras y ha ido evolucionando a lo largo del

tiempo. En la década de los años 70 y 80, el concepto de satisfacción del usuario se concebía desde el punto de vista de los profesionales sanitarios decidiendo ellos mismos, sobre los elementos que satisfacían en mayor medida a los usuarios.(9)

La Calidad de la Atención de Enfermería se define como: “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente la del personal de enfermería”(10). Para el Colegio de Enfermeros del Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone, ni basta que el eje este empeñado en ello (SENGE 1999). Es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados; es decir, se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando mecanismos autor reguladores que privilegien la crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho (11).

Por los motivos expuestos, se formula el siguiente problema: ¿Cuál es el nivel de percepción del paciente frente a la calidad de cuidados que brinda el Profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD-Huánuco, 2016?. La investigación se justifica porque la calidad de atención hospitalaria hoy en día es un tema de gran prioridad. Los profesionales de la salud deben tener un manejo adecuado del paciente

considerando que las relaciones interpersonales con el paciente deben ser oportunas continuas y dinámicas, libres de riesgo, así todo lo que el paciente perciba, lo expresará y permitirá de esta manera medir la calidad de cuidados que brinda el profesional de enfermería. Por lo cual es oportuno que los profesionales de enfermería se mantengan en permanente actualización, que se aproximen a las teorías que se apliquen a las características de nuestro país, en la cotidiana atención de los pacientes identificando la demanda de las necesidades, problemas, patrones funcionales, para llegar a los diagnósticos de enfermería detectándolos día a día en forma oportuna y con calidad. El propósito del presente estudio está orientado a mejorar la calidad de atención que se brinda al usuario a través de estrategias formuladas, a partir de los resultados de la presente investigación, ya que el proceso de globalización en el que se está viviendo, pone como una exigencia brindar una atención de calidad al paciente que acude a recibir servicios de salud. La satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios porque nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados, así también se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención.(12) El objetivo general, fue: identificar la relación entre la percepción del paciente y la calidad de cuidados que brinda el profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II EsSALUD - Huánuco, 2016. Los objetivos específicos, fueron: identificar la relación entre

percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera (o) en el componente interpersonal, en el servicio de emergencia. Identificar la relación entre la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera(o), en el componente Técnico, en el servicio de emergencia. Identificar la relación entre la percepción del paciente acerca de la calidad de Atención que brinda la enfermera(o) en el componente entorno, en el servicio de emergencia.

La hipótesis general fue:

Hi: Existe relación entre el nivel de percepción del paciente frente a la calidad de cuidados que brinda el Profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco.

Ho: No existe relación entre el nivel de percepción del paciente frente a la calidad de cuidados que brinda el Profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco.

Las Hipótesis específicas:

Hi1: La percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera (o) en el servicio de emergencia en el componente interpersonal es favorable

Ho1: la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera (o) en el servicio de emergencia en el componente interpersonal no es favorable

Hi2: La percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera(o), en el servicio de emergencia en el componente Técnico es favorable

Ho2: La percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera(o), en el servicio de emergencia en el componente Técnico no es favorable

Hi3: La percepción del paciente acerca de la calidad de Atención que brinda la enfermera(o), en el servicio de emergencia en el componente del entorno es favorable.

Ho3: La percepción del paciente acerca de la calidad de Atención que brinda la enfermera(o), en el servicio de emergencia en el componente del entorno no es favorable.

Hi4: Existe relación entre la percepción del paciente y la calidad de atención técnica, interpersonal y del entorno en el servicio de emergencia.

oi4: No existe relación entre la percepción del paciente y la calidad de atención técnica, interpersonal y del entorno en el servicio de emergencia.

Las variables identificadas:

Variable dependiente: Nivel de percepción del paciente

Variable independiente: Calidad de cuidado

Para la sistematización del presente estudio se ha estructurado en 03 capítulos:

En el primer capítulo se presenta el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el segundo capítulo se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesto de las siguientes partes: tipo de estudio, nivel de estudio, población, muestra, instrumentos de recolección de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el tercer capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectivo análisis e interpretación, y en el cuarto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES

- **Internacionales**

En Matagalpa – Nicaragua. Wong Blandón Yudy et al. En el año 2002, realizaron un estudio titulado: “Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa Noviembre 2002”, cuyo objetivo fue analizar la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as externos en servicios ambulatorios de salud en el SILAIS Matagalpa, en Noviembre 2,002. El método que utilizó fue descriptivo, de corte transversal. El universo del estudio se conformó con las personas mayores de 15 años de ambos sexo. Donde se llegó a la siguiente conclusión entre otras: “La percepción con respecto al tiempo de contacto para recibir la atención es de muy corta duración, lo que generó insatisfacción de los usuarios aunado a los hechos de no ser examinados ni que se les explique su problema, esto es percibido por la población como un importante elemento para valorar la calidad de la atención.” (13)

En España, Morales Torres Modesta, en el año 2004, realizó un estudio titulado, “Calidad de atención desde la perspectiva del paciente”. El objetivo fue determinar desde el punto de vista de los usuarios que dimensiones de la atención son relevantes en la atención de calidad. Es

un estudio tipo cualitativo exploratorio. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes que estuvieron hospitalizados en el Servicio de Cirugía General y fueron entrevistados a su egreso en sus domicilios. La técnica fue la entrevista con una guía semi estructurada. Las conclusiones entre otras fueron: “Los resultados mostraron que los usuarios pudieron identificar la dimensión técnica y la dimensión interpersonal, donde señalaron algunos aspectos que deben ser reforzados ya que no son buenos si no regulares, como el manejo del dolor, la continuidad de la atención, la competencia del personal de enfermería y la información proporcionada en la dimensión técnica. Pero también hay puntos que el usuario califica como regulares en la dimensión interpersonal como el trato que brinda el personal de enfermería. En infraestructura se encontró la falta de ropa, medicamentos y deficiencias en el mobiliario; en lo referente a los servicios otorgados por otros departamentos se encontró relevante el trato y el tiempo de espera.” (14).

En Bogotá-Colombia, Ariza Olarte C en la tesis titulada: “Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un hospital de tercer nivel Bogotá. 2005”; nos dice que a través de la aplicación de los instrumentos elaborados forma parte importante en la prevención, la curación y la rehabilitación, la persona en el proceso Salud – Enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente. El presente trabajo pretendió

determinar la situación actual del cuidado de enfermería brindado a los pacientes hospitalizados. Los resultados reportaron en cuanto a la estructura para la enfermería profesional una suficiencia de 63.7%, con lo cual lo ubica en un nivel alto al utilizar la escala previamente establecida. El proceso de la enfermera profesional se encuentra en un nivel medio respecto a la suficiencia (12).

- **Nacionales**

En Lima-Perú. (2007) Casalino-Carpio Guillermo Ernesto, realizó la investigación titulada: Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. El objetivo: Determinar la calidad de servicio en los consultorios externos de medicina interna de un hospital general según la satisfacción percibida por los usuarios. Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal. Fueron encuestados 248 pacientes de los consultorios externos de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, seleccionados a través de muestreo aleatorio sistemático. Se usó el cuestionario Servqual modificado que mide el nivel de satisfacción del usuario mediante la diferencia entre las expectativas y las percepciones. Resultados: El 66,94% de los pacientes fue del sexo femenino; 85,48% entre 20 y 64 años; 84,68% con instrucción secundaria o superior y sin cobertura de seguro de salud. Encontramos en total 44,36% de satisfacción y satisfacción

amplia. Asociado con satisfacción global se encontró: sexo, grupo etario y nivel de instrucción; la satisfacción en la dimensión tangible se encontró asociada con el grupo etario; la satisfacción en la dimensión confiabilidad estuvo asociada con el grupo etario, nivel de instrucción, tiempo de llegada, zona de residencia y estrato social; la satisfacción en la dimensión respuesta rápida estuvo asociada con la zona de residencia; la satisfacción en la dimensión seguridad, con el grupo etario y zona de residencia; y, la satisfacción en la dimensión empatía estuvo asociada con el grupo etario y nivel de instrucción. Conclusiones: Las pacientes mujeres tuvieron mayores niveles de insatisfacción global y en la dimensión seguridad que los varones. La edad de 18 a 20 años fue un factor asociado a mayores niveles de insatisfacción global y con las dimensiones tangibles, confiabilidad, seguridad y empatía. La edad mayor de 65 años fue un factor asociado a satisfacción global y en las dimensiones tangibles, confiabilidad, seguridad y empatía. La instrucción secundaria o superior fue un factor asociado con insatisfacción global y en la dimensión empatía. La procedencia de zonas rurales se asoció con satisfacción global amplia y en las dimensiones respuesta rápida y seguridad. (15)

En Tumbes Perú, Pongo Lalangui, Oscar A. 2008, realizó la investigación titulada: "Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de emergencia en el hospital CCJ. EsSalud - Tumbes". Objetivo: Determinar la Percepción

del Paciente acerca de la Calidad de Atención que brinda la Enfermera en el Servicio de Emergencia en el Hospital CCJ. Essalud-Tumbes-2008. Material y Método: Nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo, corte transversal. Población conformada por pacientes que acudieron al Servicio de Emergencia entre octubre - diciembre 2008, la selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia conformada por 70 pacientes. Se utilizó la técnica de la entrevista, instrumento, escala tipo Lickert modificada. Resultados: En cuanto a la Percepción del paciente acerca de la Calidad de Atención que brinda la enfermera, de 70 (100%) encuestados, 39 (56%) tiene percepción medianamente favorable, 16 (23%) favorable y 15 (21%) desfavorable. Aspectos relacionados a la percepción medianamente favorable: enfermera no orienta al paciente al hospitalizarse, no solicitan consentimiento informado, lo favorable, enfermeras respetan costumbres y creencias, contestan a las preguntas con términos sencillos lo desfavorable, personal profesional de enfermería al realizar la atención al paciente no enfatiza su profesión, no se identifican con su nombre. Conclusiones: La percepción del paciente acerca de la calidad de atención de la enfermera es medianamente favorable relacionado a la orientación al hospitalizarse, desfavorable en favorecer la expresión de temores, y favorable por el respeto de costumbres y creencias.(16)

- **Locales o regionales**

En Huánuco, en la investigación titulada Barrera Salazar, Kelin Luis “Calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería y satisfacción del usuario en el centro de Hemodiálisis del hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco - 2015”. Objetivo: Determinar la relación entre la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería y la satisfacción del usuario en el centro de Hemodiálisis. Métodos: El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, transversal analítico, diseño correlacional. La muestra estuvo constituida por 90 pacientes que asistieron al centro de Hemodiálisis del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en el año 2015. Se utilizó una guía de entrevista para las características socio demográficas, una guía de observación para medir la calidad de cuidado que brinda el personal de enfermería y un cuestionario sobre satisfacción del usuario. Para demostrar la relación de las variables en estudio se realizó un análisis bivariado a través de la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado. Resultados: El 83.3% (75) de los pacientes presentaron satisfacción en relación a los cuidados que reciben del personal de enfermería. El 83,3 % (75) observó buena calidad de atención en forma general. En la dimensión técnica de calidad de cuidado el 87,8% (79) observó calidad buena y el 12,8 % (11) observó calidad mala. En la dimensión interpersonal de la calidad de cuidado el 84,4% (76) observó calidad buena y el 15,6 % (14) observó calidad mala. En la dimensión entorno o amenidades de la

calidad de cuidado el 58,9% (53) observó calidad buena y el 41,1 % (37) observó calidad mala. Conclusión: Se concluye que existe dependencia entre la calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería y la satisfacción del usuario en el centro de Hemodiálisis del Hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco, 2015.(17)

En Tingo María-Huánuco, Díaz Henry, realizó la investigación titulada: “Relación que existe entre la calidad de atención de salud percibida y el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de hospitalización. EsSalud Tingo María. Julio-Agosto- 2012”. El objetivo fue: Determinar la relación que existe entre la calidad de atención de salud percibida y el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de hospitalización del hospital EsSalud de Tingo María. Estudio explicativo, correlacional, prospectivo y transversal. La muestra fueron 89 usuarios externos, mayores de 18 años, quienes respondieron las escalas de atención y satisfacción del usuario y una entrevista. El análisis estadístico fue mediante la Rho de Spearman, apoyándonos en el PASW V20.0. Resultados: el 36% (32) usuarios tuvieron edades entre 18-27 años, con 34,2 años de promedio; más de la mitad 71,9% (64) fueron del sexo femenino. A modo global, el nivel de calidad de atención (en las dimensiones: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía) resultó ser “buena” 84,3%(75). La satisfacción global tuvo perspectiva de “satisfacción óptima”: 73,0% (65) en las dimensiones entorno, humano y técnico científico. Se halló correlación

positiva, ascendente, entre la dimensión elementos tangibles (Rho = 0,408 y p= 0,000) fiabilidad (Rho = 0,632 y p= 0,000), capacidad de respuesta (Rho = 0,420 y p= 0,000), seguridad (Rho = 0,649 y p= 0,000) y empatía (Rho = 0,493 y p= 0,000) con la satisfacción del usuario. En conclusión: existe correlación entre la calidad de atención de salud y satisfacción del usuario externo, (Rho de Spearman = 0,521) (p= 0,000), expresando aceptación favorable por el servicio prestado.(17)

1.2. BASES CONCEPTUALES

La calidad de servicio que reciben los pacientes en los establecimientos de salud es motivo de preocupación e investigación constante en los diversos países y niveles de atención (18).

Muchas investigaciones han demostrado que incrementando la calidad de los servicios podremos esperar que la cobertura de las atenciones aumente. Por lo tanto, para hacer que nuestras poblaciones sean más saludables debemos hallar la manera de implementar cambios positivos en la calidad de nuestros servicios, habiendo definido 'calidad en salud' se podrá entender mejor la misión de nuestras organizaciones, para que luego esté en posibilidades de rediseñar los procesos de atención y hacerlos mejores desde el punto de vista de los usuarios, constituirlos en mejores ambientes laborales para nuestros trabajadores, así como para cumplir satisfactoriamente con las

prioridades de salud del país. Si se mira las cosas desde otro punto de vista, calidad implica también el derecho del receptor de un bien o servicio a obtenerlo en buenas condiciones y apropiado para su uso. Pero, con toda seguridad, el argumento más importante del porqué reflexionar sobre 'calidad' se refiere a su lado ético respecto de la vida en general, tiene que ver con la voluntad de hacer las cosas bien siempre y sólo por hacerlas (19)

1.2.1. DEFINICION DE CALIDAD

CALIDAD

Calidad, es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie (20)

Calidad, se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado. Es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles.(21)

El concepto de calidad en el cuidado de la salud incluye aspectos adicionales a la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, abarcando aspectos como responder en forma pronta, satisfactoria, culturalmente relevante y fácil de entender a las preguntas de los pacientes o plantear y realizar los procedimientos médicos en forma tal que no sean percibidos como atemorizadores(22). Es de notar que la calidad en la

prestación de servicios de salud tiene una dimensión ética que le es inseparable, que va más allá de las relaciones costo-eficiencia o de satisfacción del usuario y que debe ser reconocida aunque no pueda ser evaluada en los estudios que se hacen de la calidad de servicio. (23)

El Ministerio de Salud (Minsa) reconoce, en sus documentos oficiales, que la calidad en la prestación de salud es una preocupación medular en la gestión del sector y hace suya la definición de calidad enunciada originalmente por Avedis Donabedian: “La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario” (24).

Se ha descrito que el paciente, usuario de los servicios de salud, tiene tres niveles de necesidades respecto a la calidad (25); el primer nivel es el de las necesidades o expectativas básicas en el cual los pacientes esperan que la asistencia sea fiable, revestida de competencia, cortesía, educación, honestidad, credibilidad, seguridad y con resultados adecuados a los tratamientos; en el segundo nivel se sitúan el interés y la disposición por ofrecer un servicio rápido, responsable, accesible, con atención individualizada, adecuada comunicación y una implicación personal en los aspectos humanos del cuidado; y, el tercer nivel es el de la buena apariencia

física de las instalaciones y del personal así como una relación costo-beneficio favorable.

Los servicios se diferencian de los productos, para la valoración de su calidad, en tres dimensiones fundamentales: los servicios son intangibles; son producidos, distribuidos y consumidos simultáneamente; y, el consumidor o usuario de los servicios está presente en el momento de la producción (26). Estas diferencias no son dicotómicas sino, más bien, parte de un continuo expresado en diferentes graduaciones. En el sector de servicios, la calidad se mide usualmente según el 'modelo de las discrepancias' (27); modelo que sugiere que la diferencia entre las expectativas generadas en los usuarios y sus percepciones respecto al servicio recibido por un proveedor específico constituyen una medida de la calidad en el servicio. Esta teoría dio sustento a los autores Parasuraman, Zeithaml y Berry (28) a formular un instrumento de medición de la calidad de los servicios conocido como Servqual. Está demostrado que medir la satisfacción del usuario con la calidad de los servicios médicos puede predecir la aceptación de los pacientes para seguir los tratamientos y prescripciones que se les haga, que está relacionado con la continuidad de uso de los servicios de salud y con menor cantidad de acusaciones y juicios por mala práctica. (29). Es también importante considerar la calidad de los servicios desde el punto de vista de la educación médica (30) puesto que los servicios donde los médicos son formados contribuyen a reforzar actitudes positivas en los estudiantes y permiten la construcción del perfil profesional

diseñado por sus programas y escuelas. Por otro lado, la insatisfacción de los pacientes con el servicio que reciben puede llegar a ser un severo limitante para la formación de futuros profesionales.

Ortega (31) menciona que los elementos básicos en la definición de calidad en la atención a la salud comprenden: la dimensión técnica, que se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnología médica considerando los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos que determinan la interacción general entre individuos y situaciones particulares con base en los preceptos éticos del equipo de salud, así mismo por las necesidades y expectativas de los pacientes. El aspecto técnico y el interpersonal están interrelacionados y puede ser difícil hacer una distinción entre ambos.

Por su parte el Ruelas (32), propone que “Calidad es el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes”.

Según la Organización Mundial de la Salud (33), la calidad de la atención a la salud es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio para lograr el mejor resultado y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

La calidad tiene dos grandes aspectos, uno de ellos, es “Calidad de los servicios” que se refiere a la atención científico técnica para producir el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario y la otra “Calidad de la atención” que menciona el manejo de las relaciones interpersonales basada en la opinión del usuario. La confusión sobre el significado de la palabra calidad, ha hecho que solo un juicio de opinión puede considerar si la calidad es buena o mala, satisfactoria o insatisfactoria (34). Garantizar la calidad exige de los profesionales una reflexión permanente sobre los valores, conocimientos, actitudes, aptitudes y normas; destacando la importancia de desarrollar una adecuada comunicación con el paciente; esta reflexión estimula las acciones y orientan el ejercicio profesional hacia la búsqueda del mejoramiento continuo (35).

Los pacientes contribuyen mucho a la definición de calidad de atención, con su satisfacción acerca del manejo del proceso de atención médica, pero la satisfacción del paciente tiene algunas limitaciones como medida de la calidad de la atención porque estos generalmente poseen solo una visión incompleta de la ciencia y la tecnología, de manera que sus juicios en relación a estos aspectos pueden ser insuficientes. (36)

A pesar de estas limitaciones, el grado de satisfacción de los pacientes en cuanto a calidad de atención se puede medir a través del conocimiento de los usuarios sobre ventajas y riesgos de las intervenciones, del acceso a sistema de provisión de servicios sin importar su situación económica,

status social, creencia religiosa, estado civil o característica que los haga parte de un grupo determinado, el derecho a decidir de manera autónoma e informada, con privacidad, confidencialidad, trato digno cortés y respetuoso; a ser atendido en instalaciones adecuadas, tener continuidad en la atención , inclusive a opinar y sugerir cambios o mejoras (37)

1.2.2. CALIDAD EN SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad como: “El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, tenemos en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente” (38)

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tengan confianza en el servicio que es se les brinda (39).

De acuerdo con las teorías más aceptadas, el nivel de satisfacción de los servicios sanitarios está claramente relacionado con el grado de adecuación, (conformidad o discrepancia), entre las experiencias y la percepción final del servicio recibido.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

El Ministerio de Salud en el Perú, en su proceso de modernización manifiesta su preocupación sobre la atención integral de las personas, es por eso que la calidad de la atención es un componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad. Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia. El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario. Sin embargo, la calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios

que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud. Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad entre otros, constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del paciente un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad, en relación con el diagnóstico y tratamiento. (40)

La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el costo de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema presentado.

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

Donabedian, define calidad en salud como una propiedad o conjunto de propiedades que la atención médica puede poseer en grados variables y aclara que en la medicina, en que cambie el concepto de lo que es la atención médica, varía el concepto mismo de calidad, porque variarán sus contenidos y por tanto sus propiedades (41). En este enfoque Donabedian, considera que la calidad real estaría dada no solo por los requisitos técnicos- científicos de la atención, sino también por la calidad humana y de comodidad. Considerando lo humano, como la medida de la relación interpersonal que se da dentro de un esquema de valores y normas socialmente aceptadas y que contribuya para que el proceso técnico alcance su máximo efecto. Calidad, es el concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud, la define como un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente e impacto final de la salud.

Este marco conceptual de calidad se ha ido ampliando desde la visión individualista del proceso de atención, en la cual la capacidad técnica, científica y humana del médico aporta con su racionalidad lógica óptima, un alto porcentaje de la calidad del resultado en términos de la recuperación de la salud y satisfacción del usuario, hasta una concepción más institucional de la prestación del servicio, donde se hacen consideraciones sobre la estructura y la organización, inicia un debate alrededor de las restricciones financieras y sus relaciones con la calidad óptima, la equidad en la atención,

la influencia de los costos en la calidad y el papel de la eficiencia en los procesos de garantía de la calidad.

En el campo de la evaluación y monitoreo de la calidad, el modelo de estructura, proceso y resultado, diseñado por Donabedian continua vigente, lo que ha ido actualizando y complementado conceptual y metodológicamente y cada día es objeto de mayor aplicación y uso.

A medida que la ciencia y la cuantificación tienen un papel más predominante en el mejoramiento de la calidad, se buscan cada vez más pruebas tangibles para asegurarse que la calidad existe o puede mejorarse.

Una de las maneras de obtener la información que nos permita tomar decisiones sobre la calidad. Los indicadores han servido por muchos años para la evolución de los hospitales, siendo el antecedente más antiguo y reconocido el que fue elaborado por la enfermera Florencia Nightingale en el siglo XIX, quien llevó un registro de mortalidad hospitalaria durante la guerra de Crimea.

Por la década de los 70, se empieza a dar una gran importancia a las condiciones que sobre la calidad hacen los usuarios de los servicios y se crean canales de comunicación en doble sentido entre estos y las instituciones prestadoras o administradoras de los mismos de seguridad social, se inicia un proceso de evaluación y acreditación de hospitales con la idea de que las instituciones mediante auto evaluación, se vayan ajustando organizativa, estructural y tecnológicamente a las nuevas exigencias en materia de calidad y eficiencia.

En las instituciones de salud los productos de la calidad son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad Técnica: Es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

Calidad Sentida: Es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución.

Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios. Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

Edward Deming, resumió Calidad como “hacer lo correcto en forma correcta, desde la primera vez, a tiempo y todo el tiempo, mejorando siempre, innovando siempre y siempre satisfaciendo a nuestros clientes” (42).

La calidad es el conjunto de características que deben brindar los servicios de salud en el proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar efectos deseados, tanto por los

proveedores como por los usuarios. La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”(43). “La calidad de la atención es el encuentro paciente - proveedor debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente” (44).

1.2.3. DIMENSIONES LA CALIDAD

Según Donabedian la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

- Componente técnico: hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales; eficiencia, competencia profesional, eficiencia, continuidad, accesibilidad y seguridad.
- Componente interpersonal: se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información y

comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad del lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinadamente en la satisfacción del paciente.

- Componente del entorno (confort): está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro público adecuado teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes (45).

Para el paciente la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, debe presentarse de manera cortés y en el momento que lo necesiten. Para ello los aspectos de la calidad más importantes se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención, relaciones interpersonales y comodidad. (46)

La eficiencia, es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta. La accesibilidad, es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido. La continuidad, es el grado en el cual los clientes reciben la serie completa de servicios que necesitan, sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Las relaciones interpersonales, es el grado de interacción y comunicación que existe entre proveedores de salud y los usuarios, es decir las oportunidades

de interacción e intercambio de mensajes, donde exista una actitud abierta y sensible por parte del prestador del servicio, un trato digno y respetuoso de confianza, empatía y formación donde el usuario se sienta satisfecho de recibir explicaciones o información detallada del diagnóstico, los exámenes y tratamiento. La comodidad se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el informe del personal de salud, la privacidad del ambiente, la no presencia de la gente en la consulta, la ausencia de contradicciones de opinión médica.

Para los servicios de salud la atención brindada es la calidad cuando se brinda a tiempo sin demora tratando de obtener cooperación y participación de pacientes en decisiones relacionadas al proceso de prestación de cuidados mediante actividades de prevención, detección y tratamiento oportuno, basado en los principios científicos y en el uso de la tecnología apropiada, recursos profesionales y el proceso de comunicación.

Donabedian, establece algunas características de la calidad en la atención de salud: El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradable, se valoran las referencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud” (47)

1.2.4. ELEMENTOS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

- Disponibilidad y oferta de insumos; es el grado hasta el cual el cuidado intervención apropiado se encuentra disponible para atender a las necesidades del paciente. La calidad de servicio de salud se mejora cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles, en cuanto mayor número de insumos, mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades (oportunidad).
- Información al cliente; calidad es responder a las necesidades del cliente. El primer paso al atender a un cliente debe ser escucharlo para determinar cuáles son sus deseos o necesidades y darle la información necesaria. Es dar una información concreta y precisa para que el cliente atienda sobre su situación de salud. Es el grado hasta el cual se proporciona al paciente cuidado / intervención en el momento más beneficioso o necesario.
- Capacidad Técnica del prestador de servicios
- Efectividad; abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveerlos servicios de salud. Incluye también la existencia de normas y protocolos para prestar estos servicios. La efectividad está dado por el grado por el cual se proporciona el cuidado/intervención del modo correcto, dado el presente estado de conocimiento, con el fin de alcanzar el resultado deseado proyectado para el paciente.
- Relaciones interpersonales con el cliente (respeto y cariño), este elemento se verifica a la dimensión personal del servicio. Los clientes deben

sentirse bien tratados durante su presencia en el servicio de salud. En todo momento el personal debe mostrarse una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar.

- Mecanismo de seguimiento al cliente (continuidad), los programas de salud tendrán éxito en la medida que mantengan el contacto con el cliente después de la consulta inicial, los prestadores de servicio pueden ayudarlos a superar dificultades, hacer más probable la asistencia al servicio de salud. Algunos mecanismos son: dar citas próximas para revisar la satisfacción del cliente, realizar visitas domiciliarias entre otras.
- Constelación y organización de servicios seguridad y eficiencia, este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades pre existentes, existen muchas maneras de mejorar como: disminuyendo el tiempo de espera dándole atención y el tiempo necesario para aclarar sus dudas, ofreciendo precios accesibles, entre otras.

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.

- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal.

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

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

- Presentación adecuada de las instalaciones
- Presentación adecuada de los utensilios y elementos
- Educación continua a personal del servicio y a usuarios.

Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacia la calidad total. El mejoramiento de la calidad no depende exclusivamente de la voluntad y decisión de las personas, los recursos de todo orden juegan un papel fundamental. Esta mejoría se construye a base de la motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano. Para mejorar y mantener los productos o servicios es necesario establecer un sistema de aseguramiento de la calidad, como etapa inicial en el proceso de avances hacia la calidad total. Para llegar a la garantía de la calidad se necesita: planeación de la calidad, control de la calidad, aseguramiento de la calidad, mejorar la calidad y evaluación de la calidad.

1.2.5. EL PROBLEMA DE LA CALIDAD EN LA SALUD

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Desde este enfoque es necesario aclarar algunas implicancias teóricas, pero sólo lo necesario para ayudar a esa práctica. Nuestras acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es tan obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. Cuando el profesional de la salud se dispone a aplicar la más

alta calidad a sus acciones de salud, surgen ante él obstáculos inesperados entre ellos están:

- Necesidad de establecer que se puede entender por calidad
- Necesidad de delimitar el campo en el que estudiaremos la calidad, para no dispersarnos con problemas que no corresponden.
- ¿Cómo medir la calidad y así fijar estándares, apreciar tendencias y hacer comparaciones, etc.?
- ¿Cómo podremos controlarlo (control de la calidad), o asegurar que la calidad no decaiga (garantía de la calidad)? (48).

1. 2.6. CALIDAD DEL CUIDADO EN ENFERMERÍA

La Calidad en enfermería se puede definir como las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de los usuarios buscando alcanzar la excelencia en la calidad de la prestación de los servicios (49) (32). La calidad del cuidado de enfermería es el resultado alcanzado a través de la Gerencia del cuidado, de la satisfacción de las necesidades reales y sentidas de los usuarios (persona, familia y comunidad), en lo cual intervienen el personal de salud. La calidad del cuidado es una de las principales preocupaciones de los profesionales de enfermería y es hacia donde deben ir dirigidas todas las acciones, con la meta de lograr el mejoramiento del cuidado proporcionado a los usuarios El cuidado se define como: "Un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el

proceso de vida – muerte, y en el estado de salud enfermedad (sin desconocer las costumbres del individuo) con el objeto de compensar, o suplir, la alteración de sus funciones o enfrentar el proceso de muerte” (50).

Es el cuidado la base fundamental del quehacer del profesional de enfermería, por lo tanto su planeación debe ser individualizada y orientada a buscar la satisfacción de las necesidades de quien demanda sus servicios.

El cuidado de enfermería permite establecer una relación enfermero(a) paciente en la que se favorece el crecimiento mutuo, partiendo del respeto hacia las creencias y costumbres del sujeto del cuidado, encontrando nuevos sujetos del cuidado y trascendiendo del plano personal hacia el plano espiritual. Los avances tecnológicos, el incremento en las funciones administrativas y las políticas de las instituciones han contribuido al abandono del cuidado con calidad, éste se convierte en una acción fría y distante, con actividades orientadas a “curar” (34). “El cuidado humano en enfermería no es una simple emoción, actitud, preocupación o un deseo bondadoso. Cuidar es el ideal moral de enfermería en donde el fin es protección, engrandecimiento y preservación de la vida humana” (51) (34).

Este cuidado debe ser holístico, ejercido con conocimientos, y haciendo a su receptor partícipe del mismo. “La calidad del cuidado de enfermería se considera el logro de los resultados deseados en la salud de los individuos y la población en general” (52). Evaluar la calidad del cuidado de enfermería permite hacer una aproximación desde la óptica de los usuarios, de sus familias y de las instituciones que lleve a la unificación de las acciones del

cuidado acordes con las percepciones de los pacientes y que se mantengan dentro de los parámetros técnico-científicos establecidos para el manejo, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad del cuidado.

CALIDAD TOTAL EN ENFERMERÍA

1. La Calidad es satisfacer plenamente las necesidades del cliente

En la medida en que se logre este concepto nuestro producto se convierte en necesario y muchas veces en indispensable. Un cliente satisfecho atraerá en forma geométrica muchos más: la fuerza real de una organización radica en la calidad de su producto. Si Usted como líder produce la satisfacción plena de sus seguidores se convertirá en inolvidable ya que la satisfacción cautiva y atrapa al segador.

2. Calidad, es cumplir las expectativas del cliente y algo más.

La publicidad es una herramienta muy valiosa y a veces determinante para dar a conocer las propiedades de nuestro producto o servicio, pero mucho cuidado con engañar al cliente, pues ello puede ser mortal para la organización. Cuando lo prometido se cumple y por añadidura se recibe algo más podemos decir que hemos enriquecido la venta y logrado posicionarnos sobre la competencia con ese “algo más” que nos hace únicos en nuestro género.

3. Calidad es despertar nuevas necesidades del cliente

Es decir crear satisfacción con su propio producto o servicio donde antes no lo había y esto les a permitido cautivar un mercado creciente y mantener un

movimiento innovador que aumenta la satisfacción de nuestros consumidores.

4. Calidad, es lograr productos y servicios con cero defectos.

Esto puede parecer utópico para mucha gente si embargo importante remarcar, que todos los seres humanos reclamamos calidad total pero se nos hace inmoral que a nosotros nos pidan calidad total en nuestro trabajo. Tenga presente que un producto o servicio con cero defectos que no produzca satisfacción no sirve para nada y en el campo del liderazgo, si Usted es excelente para Usted mismo, jamás transcenderá.

5. Calidad, es hacer bien las cosas desde la primera vez.

El líder de excelencia debe tener un espíritu de premura para realizar todas sus actividades bien desde la primera y no desgastarse en reparar todo lo malo que hizo ayer; debe tener el espíritu de esforzarse a fondo en todo lo que haga, concentrándose en hacerlo bien desde el principio. Es decir hacer las cosas bien, rápidamente y desde el principio; para lograr esto es necesario un programa de entretenimiento a todo el personal y en todas las funciones que se realizan para garantizar las cosas bien hechas.

6. Calidad, es diseñar, producir y entregar un producto o servicio de satisfacción total.

Se inicia desde detección misma de las necesidades del cliente o de las posibles satisfacciones o proporcionar; un producto o servicio mal diseñado está destinado a fracasar así mismo debemos proveer que los tiempos de entrega estén garantizados de acuerdo a la demanda y nunca vender lo que

no podemos sufrir eficazmente, el líder de excelencia es una garantía de dar lo que ofrece, pues su palabra lo avala con su congruencia.

7. La Calidad no es un problema, es una solución.

La medida de muchos empresarios dimensiona un programa de calidad total como un problema, cuando en realidad representa la solución a los muchos que enfrentan actualmente en su organización. El líder que busca la excelencia mantenerse en evolución constante que garantice que diariamente puede ser mejor que ayer.

8. Calidad es producir un artículo o servicio de acuerdo a las normas establecidas.

Las empresas que se marquen este objetivo deben ir conquistando paulatinamente y en forma permanente la perfección de sus productos o servicios de acuerdo a normas cada vez más estrictas y exigente y los superiores debe asesorar la línea productiva para que aseguren la calidad deseada a través de la capacidad y la motivación.

9. Calidad. Es dar respuesta inmediata a las solicitudes de nuestros clientes.

Es decir significa velocidad de respuesta y es fundamental para proporcionar la satisfacción plena del cliente. El líder que sabe escuchar a sus seguidores y atender en forma inmediata sus solicitudes atraerá una mayor confianza e incrementada su influencia positiva sobre los demás.

10. Calidad, es sonreír a pesar de las adversidades y sobreponerse a nuestro mal humor.

Crear una cultura que predisponga a todos los integrantes de la organización a mantener una actitud positiva y no solamente para atender al cliente sino para propiciar la integración interna u horizontal de la empresa nos representará grandes edificios, además de que creará un ambiente sano que se reflejará en la calidad en la calidad de nuestros productos y servicios. El líder que puede sobreponerse a sus estados de ánimo y mantener una relación cortés y amable con sus seguidores sin contaminarse con sus neurosis personal, lograra los beneficios que el trato de excelencia da por resultado: mayor influencia en los demás garantizando su posición de líder.

11. Calidad, es una sublime expresión humana.

La productividad de las empresas es en sí una sublime expresión de la naturaleza humana pues cuando una persona es de calidad no solamente se refleja en su trabajo sino en todos sus roles de vida. La premisa fundamental es que si una empresa aspira lograr calidad en sus productos o servicios a lo primero que debe abocarse es a producir calidad humana y en la medida en que lo logre, ello revestirá en la calidad corporativa buscada, coordinar entre si participar en un esfuerzo integrado para promover la calidad total. (53)

1.2.7. EVOLUCIÓN DEL ÁMBITO DE LA FUNCIÓN DE LA CALIDAD

La primera fase, es un principio que predomina el criterio de la calidad mínima, preocupados como estaban por producir lo máximo posible, no se practicaba el control de la calidad.

En una segunda fase se incorporó a la actividad industrial, el control de la calidad basado en las organizaciones científicas del trabajo, practicándose el control por la inspección al final del proceso productivo.

Después se introdujo estadísticas del proceso y al mismo tiempo obtener datos de manera rigurosa, compararlos y analizarlos con el estándar establecido, estudiar diferencias halladas y establecer correcciones.

Posteriormente bajo el concepto de alta dirección se planteó el control de la calidad en todos los departamentos y no solo en la producción. Actualmente se habla de control de calidad en todas las empresas, a este respecto la cuestión no solo es conseguir que todos los departamentos participen en el control, sino que todos en las empresas los realicen.(53)

1.3. BASES TEORICAS

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON

Jean Watson destacada teórica contemporánea de enfermería, inició su carrera de enfermería en la Escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un Bachelor of Science en Enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud

y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del Campus de Boulder.

La teoría de Watson está soportada en el trabajo de Nightingale, Henderson, Hall, Leininger, Hegel, Kierkegaard, Gadow (Existential advocacy & philosophical foundations of nursing, 1980 (7) y Yalom (Ten curative factors, 1975); Walker atribuye el énfasis de la Teoría en las cualidades interpersonales y transpersonales de coherencia, empatía y afecto, a la postura de Carl Rogers (1961) (On Becoming a person an A way of Being, 1980)(8) Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como una ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo(54). Lo anterior le permitió a Watson la articulación de sus premisas teóricas, conjuntamente con las premisas básicas de la ciencia de la enfermería, según la cita Walker: (55)

Premisa 1: “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad

que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2: “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3: “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo ulterior de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.

- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma (Geist) de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Conceptos de la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Los conceptos de la teoría de Jean Watson: Interacción enfermera paciente, campo fenomenológico, relación transpersonal de cuidado y momento de cuidado están emergiendo, aún estos conceptos necesitan ser definidos más claramente, esto es quizás por la naturaleza abstracta de los conceptos que ha hecho este modelo difícil para evaluar.

- Interacción enfermera paciente: El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente).(56)

- Campo fenomenológico: El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.
- Relación de cuidado transpersonal: El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”.(57) Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

Para Watson (1999), la relación de cuidado transpersonal se caracteriza por

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud. Este acercamiento destaca la unicidad tanto de la persona como de la enfermera, y también la mutualidad entre los dos individuos, que es fundamental a la relación. Como tal, la preocupación del que cuida y del cuidado, se conectan

en una búsqueda mutua de significado (sentido) e integridad, y quizás para la trascendencia espiritual de sufrimiento.(58)

El término “transpersonal” quiere decir ir más allá del propio ego y del aquí y ahora, pues permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente. Finalmente, el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la auto curación independientemente de la condición externa de salud.(59)

Momento de cuidado: Según Watson (60) una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones

corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo – todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.(61)

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. (62) Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos:

1. El cuidado y el amor son lo más universal, lo más misterioso de las fuerzas cósmicas, ellos abarcan la energía psíquica y universal.
2. La asistencia y el amor, con frecuencia subestimados, son las piedras angulares de nuestra humanidad. La cobertura de estas necesidades satisface nuestra humanidad.
3. Desde que enfermería es una profesión que cuida sus habilidades para mantener el ideal y la ideología del cuidado en la práctica profesional afectará el desarrollo de la civilización y determinará la contribución de la enfermería a la sociedad.
4. En principio nosotros debemos amar y cuidar nuestros propios comportamientos y debemos tratarnos a sí mismos con delicadeza y dignidad antes de brindar cuidado a otros con delicadeza y dignidad. El cuidado a nosotros mismos es un paso previo al cuidado a los demás.

5. Tradicionalmente la enfermería ha mantenido una postura de cuidado humano y atención hacia las personas en los asuntos relacionados con la salud y la enfermedad.
6. El cuidado es el único centro de atención del ejercicio profesional de la enfermería – la esencia de la enfermería-.
7. El cuidado humano, tanto individual como grupal, progresivamente ha tenido menos énfasis en el sistema sanitario.
8. Los fundamentos de la asistencia de enfermería han sido sublimados por los avances tecnológicos y por los obstáculos institucionales.
9. Una cuestión trascendental para la enfermería actual y futura es la preservación y evolución del cuidado humano.
10. El cuidado humano puede ser efectivamente demostrado y practicado a través de las relaciones interpersonales. Los procesos humanos intersubjetivos mantienen vivo un sentir común de humanidad, la identificación de sí mismo con los otros.
11. Las contribuciones sociales, morales y científicas de la enfermería a la humanidad y a la sociedad residen en los compromisos con los ideales humanos en la teoría, la práctica y la investigación.

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado

de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relacionadas en los procesos de cuidado humano. (63)

En su primer libro Nursing: The philosophy and science of Caring, Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

- El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.
- El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.
- El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.
- Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.
- Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.
- El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación.
- El cuidado es el eje central de la enfermería

ENFERMERÍA

El concepto de enfermería ha sufrido cambios y modificaciones con los años debido a la evolución de la sociedad, tecnología y ciencia en general.

- Florence Nightingale inicia conceptualizando a la “enfermería como algo que no es meramente técnica sino un proceso que incorpora alma, mente e imaginación creativa, el espíritu sensible y comprensión inteligente que constituye el fundamento real de los cuidados de enfermería” (64)
Posteriormente Virginia Henderson en 1960 conceptualiza “la enfermería como el conjunto de actividades que contribuyen a recuperar la independencia del ser humano lo más rápidamente posible” (65)
- Sor Callista Roy define la enfermería como un sistema de conocimientos técnicos que prescriben un proceso de análisis y acción relacionados con los cuidados del individuo real o potencialmente enfermo” (66).

Atención de calidad en enfermería

La calidad de la atención de enfermería se define como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definido para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería (67).

Para el colegio de Enfermeras en el Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje este empeñado en ello (SENGE 1999). Es una tarea donde participa todo el equipo de trabajo siendo la contribución de cada persona importante para el logro de resultados, es decir se trata de crear una cultura de calidad de la atención que brinden los servicios de enfermería, aplicando

mecanismos autorreguladores que privilegien la crítica constructiva, la auto superación y la satisfacción por el trabajo bien hecho. (68)

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha señalado que “la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple, promover salud, evitar las enfermedades, establecer la salud y aliviar el sufrimiento”(69)

Según Bustamante existen diferentes perspectivas sobre el concepto de cuidado como un estado humano, cuidado como el imperativo moral e idea, el cuidado como afecto, el cuidado como interrelación personal y por último, el cuidado como una intervención profesional de enfermería, se han identificado dos intervenciones del cuidado. La experiencia subjetiva y la respuesta fisiológica en los pacientes, el cuidado como una mística humana, es una característica humana innata, es el modo humano de ser”, una parte de la naturaleza humana y esencial para la existencia humana. El cuidado como imperativo moral o ideal, esa el cuidado como un valor fundamental” moral o ideal en enfermería, siendo fundamental el asegurar la dignidad del usuario.

El cuidado como efecto, es la naturaleza del cuidado que proviene del involucramiento emocional o un sentimiento para la experiencia del paciente.

El cuidado como una relación interpersonal Enfermera – Paciente, es en contraste a las perspectivas anteriores, una visión que se considera fundamento del cuidado humano, con lo cual se expresa la creencia fundamento que el cuidado es una relación interpersonal, originado que la interrelación sea vista como la esencia del cuidado. (70)

El paciente tiene derecho a recibir una atención de calidad. La necesidad del paciente es una sensación de carencia que debe ser satisfecha, es así que debe confiar en la enfermera como una persona que se preocupa por su atención que brinda la enfermera también influirá en la atención – paciente y dependiendo de esta paciente decepcionará como mala o buena calidad de atención.

Pedro Lain Extralgo, en su obra “Enfermedad con Experiencia ”plantea“ que sentirse enfermo es sentirse amenazado vivir expresamente con intensidad mayor o menor con el riesgo de morir” quien está enfermo se siente penosamente solo y eso acreencia su aflicción y su desvalimiento. (71)

El paciente es la persona que asiste a recibir una atención de calidad para satisfacer una necesidad frente a la sensación de carencia que presenta al estar enfermo. Cada paciente tiene características individuales, las cuales son un conjunto de rasgos del ser humano que interactúan de manera recíproca en la conducta humana (percepción, opinión, actitudes, etc.) en función al medio ambiente, cultural y social que caracteriza al grupo en que se desenvuelve; este conlleva a que cada necesidad que presente tenga que ser atendida de manera diferente y específica.

Así podemos mencionar las siguientes características individuales del paciente: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, condición laboral y días de hospitalización.

La edad, está relacionada estrechamente con el proceso de maduración anatómico fisiológico y social que cursa el individuo lo que determina las

características especiales de comportamiento, es así que los adultos se caracterizan por la plena vigencia de las capacidades físicas e intelectuales y madurez emocional lo que le permite mayor estabilidad y mejor intervención en el cuidado de la salud y enfrentar los procesos de enfermedad. Al respecto HOFLNG plantea: “este grupo de personas tiene capacidad para razonar, para producir, para dar efecto a otras personas y tener descendencia”. (72)

El sexo, cada género presenta características propias como: la fuerza física, función de reproducción, diferencia entre aptitudes, intereses y características individuales que está determinada en gran parte por expectativas (papeles sociales). Las mujeres asumen la responsabilidad de madre frente al hogar, además son menos agresivas, son más emocionales; en cambio los varones participan en actividades relacionadas en obtención de alimentos que lleva lejos de la unidad familiar, son más agresivos y menos emotivos.

El grado de instrucción, determina el nivel de educación que posee el individuo. La educación es un proceso social que consiste en la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades, costumbres y formas de comportamiento útil y aceptable, que es el resultado de un continuo proceso de perfeccionamiento. La educación nos permite comprender el contexto del proceso salud – enfermedad, por otro lado Becerra Armando plantea que en el Perú prima el subdesarrollo y la marginación social determinando entre otros bajo nivel educacionales (existe un porcentaje considerable de

analfabetismo e instrucción incompleta, principalmente en la población marginada).(73)

El estado civil es una característica personal por lo que implica asumir una serie de obligaciones y responsabilidades consigo mismo, con la familia y la sociedad, el matrimonio sigue siendo de mayor valor que otros estados civiles por que presenta una serie de implicancias sociales, jurídicas y psicológicas, de la misma manera el estado civil, soltero, viudo y divorciado lleva a una inestabilidad emocional lo que genera dificultades en la toma de decisiones de su auto cuidado y obligaciones sociales.

La condición laboral, determina el tipo de trabajo que ejerce un individuo. El trabajo se define como “la actividad consciente sea consciente sea físico o mental, que el hombre realiza con el fin de producir bienes económicos o servicios, siendo la principal fuente de riqueza”, de ella depende la satisfacción de las necesidades, además de ser una actividad eminentemente social, entre sus características se encuentra: es penoso (obligatorio, responsable, peligroso, fatigoso), tiene un fin económico (producir) es consciente y dignifica al hombre.

Los días de hospitalización, es fundamental para evaluar el entorno hospitalario; un paciente que ha permanecido mayor tiempo hospitalizado puede identificar lo positivo y lo negativo en el trato recibido por parte de los profesionales de la salud, y tener una percepción más aproximada de la realidad mientras que un paciente que recién ingresa al servicio solo podría manifestar su primera impresión. La hospitalización va a hacer al individuo

vulnerable a varios estímulos, no solo provenientes de la enfermedad que le afecta, sino también del medio ambiente y las relaciones que se establece durante la hospitalización”

Martínez 1977, “El paciente verá alterado su autoestima y producirán cambios emocionales intensos que requieren de reajustes (Jiménez 2000).

Estos reajustes repercuten en las necesidades de seguridad y pertenencia, aparecen sentimientos de culpa que no aumentan con el tratamiento despersonalizado De los procesos diagnósticos, terapéuticos y sustanciales a los que se ve sometido durante la hospitalización. Por lo que los pacientes consideran importante las relaciones que se establece con el equipo de salud, especialmente con el personal de enfermería, el cual está a cargo de ellos durante las 24 horas del día. (73)

Es importante que por este motivo la obtención de la percepción del paciente, se haga de forma adecuada, valorando su estado de salud y sus capacidades actuales para interpretar los datos internos y externos, la habilidad para captar, sentir atender, escuchar, comprender. Del mismo modo es necesario para valorar el contexto de su aprendizaje social, los símbolos predominantes, el significado del contexto hospitalario, el grado de empatía entre pacientes y personal durante la prestación de los cuidados, pues es innegable que a lo largo del proceso de atención se van formando los pacientes su propia percepción acerca del actuar de la enfermera.(74)

PERCEPCIÓN

De acuerdo al Diccionario Webster's la definición de percepción es “una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva”.(75)

En el ámbito del servicio al usuario, la percepción es dominante cómo se sienten los usuarios acerca del servicio que le proporciona es muy importante. Es la base para establecer la credibilidad en toda su organización. Son impresiones cognoscitivas de algo captado por los sentidos recibidos a partir de los estímulos internos y externos hacia un patrón significativo que sea utilizable con las transacciones con el entorno ya que sirven como cómo componentes básicos a los conceptos o a las ideas.

La percepción no es una respuesta rígida ligada a los estímulos y determinado exclusivamente por características físicas del medio, más bien un proceso bipolar que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y por otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores sociales externos. Cada persona tiene un sistema único de conducta para tratar las situaciones.

Allport define percepción como “La sensación más la significativa ante un estímulo que llega a un órgano sensación más la significativa ante un estímulo que llega a un órgano sensorial y que pone en movimiento operaciones mentales elevadas” (76)

Teoría de la Gestalt”, refiere que la percepción es la impresión que obtenemos del mundo exterior, adquirida exclusivamente por medio de los sentidos. Es una interpretación significativa de las sensaciones. (77)

Whittaker, enfatiza que la percepción no es una respuesta rígida al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino más bien de un proceso bipolar que es la resultante de la interacción de las condiciones del estímulo por una parte de factores que actúan dentro de los factores que incluyen en la percepción, diversas características del perceptor han sido intensamente estudiadas, sus necesidades o motivos, los valores, las actitudes, el ajuste personal y la personalidad, la edad y el sexo, se encuentran entre los factores investigados desde el punto de vista experimental (78).

Para Feldman es “la organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también la de nuestro cerebro” (79).

Para la psicología moderna, la interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante, el que se denomina percepción.

La percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestra hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos” (80)

Según Day menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros

mismos es obviamente más que una imagen del mundo proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la apariencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que pueden influir en forma positiva y negativa”.(81)

Según Moroni “la experiencia es el conjunto de conocimientos adquiridos involuntariamente, experiencias de la vida”, ello se deriva del contacto con la realidad. La percepción solo se puede lograr a través de un largo proceso durante el cual se tiene la experiencia del objeto en forma repetida.(82)

La percepción es el proceso cognitivo que interpreta de un modo directo la realidad. Esta interpretación se realiza en base a los sentidos y a la intervención de factores internos, luego generan respuestas mentales o imágenes que corresponden a objetos sensibles. La percepción comprende principalmente 2 procesos:

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

Estos dos procesos de una estructura a nuestro proceso perceptual en el sentido que nuestra percepción no constituye un continuo procedimiento de estímulos caóticos que se almacenan en la memoria sin orden, sino al

contrario, al percibir una persona o un objeto creamos un orden en todo ese caudal de información. Ese orden nos permite reexaminar la información para adicionar más información de interés para nosotros y poder relacionar comportamientos y situaciones.(83)

La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones.

Selección: el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir, que interviene aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan generalmente los individuos perciben de forma distorsionada los mensajes, captando solo los aspectos agradables o los que responden a sus necesidades e intereses.

Organización: los estímulos seleccionados se organizan y se clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje, la escuela de la Gestalt estableció unos principios de organización de los estímulos según el agrupamiento, contraste, ambigüedad, etc.

Interpretación: esta fase proporciona significado de los estímulos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona de su experiencia e interacción con el entorno.

La percepción de los individuos tiene como características el ser subjetiva, selectiva y temporal.

Subjetiva: ya que las relaciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

Selectiva: en la percepción es consecuencia con la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y seleccionar su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

Temporal: ya que es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida en que se enriquece las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos. Y se compone de dos tipos de inputs, que son las sensaciones y los inputs, que son de los órganos sensoriales a los estímulos externos, la sensibilidad de los individuos a los estímulos depende de su capacidad receptiva y de la naturaleza del estímulo. Los inputs internos que caracterizan a cada persona y que cargan de distinto significado a los estímulos; algunos de ellos son la necesidad, motivación y experiencias (84). El proceso perceptual también involucra al elemento conductual, ya que la recepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación manifestara una determinada conducta, ya que sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no.

La percepción es considerada un proceso cíclico de carácter activo, constructivo, relacionado con procesos cognitivos superiores y que transcurre en el tiempo. La percepción es un proceso complejo que depende de la información que el mundo da como de la fisiología y las experiencias de quien recibe; estas afectan tanto al acto perceptivo mismo, por la alteración de los sistemas perceptivos como a otros procesos superiores, como son las cosas motivaciones y las expectativas. (85)

• **Características de la percepción**

- Es un proceso activo mediatizado, es activo ya que analiza los rasgos de un objeto separado lo relevante de lo irrelevante para luego combinarlo y así estructurar el todo significativo y es mediatizado por se basa en las experiencias y conocimientos anteriores del hombre.
- Es de carácter interactivo; porque solo se ha de conocer cuando existe una experiencia con el objeto a conocer.
- Se realiza ante la presencia directa del estímulo, porque a través de la percepción obtenemos una información bastante exacta en cuanto a sus propiedades fundamentales.
- Es adoptivo, es decir orienta al individuo en su ambiente.
- Se realiza aun cuando el estímulo no tienen suficientes datos o es confuso.
- Puede verse alterado por el estado emocional d paciente.(86)

• **Factores que influyen en la percepción**

Factores Internos

- Maduración de los receptores y vías sensoriales
- Características del receptor, para construir precepto, interviene el aprendizaje del perceptor, sus necesidades, sus estados efectivos, la personalidad su historia personal, sus actitudes opiniones, valores, sexo.
- Factor personal; las experiencias pasadas que determinan que un hecho o una conducta se valore de un modo distinto.

- La motivación, la respuesta de acción consciente o inconsciente que determinan la conducta del sujeto, puede ser negativa o inadecuada.

Factor externo

- La atención que se le da estímulo va a depender de sus características.
- Un estímulo permite una percepción organizada que requiere condiciones.
- Figura y fondo, es decir lo que rodea al objeto
- Semejanza, si los objetos son similares se perciben en grupo.
- Proximidad, si los estímulos son cercanos se perciben en grupos formado una figura.

• Rol de la Enfermera

El Rol de la Enfermera como miembro del equipo de salud es importante ya que su habilidad es el complemento necesario en todas las ramificaciones del campo de la medicina, contribuyendo con sus conocimientos y experiencias, brindando al paciente los cuidados de los aspectos: en los aspectos psicológicos, espiritual y juicio cultural. De modo que debe comprender lo que el paciente y su familia experimentan sobre la enfermedad y su tratamiento, con el fin de administrar los cuidados óptimos.

La enfermera dentro del servicio de Emergencia tiene como finalidad ofrecer servicios asistenciales efectivos, con sentido humanitario dirigidos al cuidado de la salud del paciente y familia; con acciones de promoción, prevención, prevención, curación y rehabilitación.

El Rol Profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia es considerado de gran importancia, sus funciones están relacionadas con la

aplicación del proceso de atención de enfermería iniciándose por la valoración, el estado nutricional y el examen físico, el apoyo psicológico, preparación para procedimientos y manejo de pacientes de alto riesgo, así como las actividades de gestión. La valoración es el primer caso a seguir en proceso de atención de enfermería, se inicia con la identificación de la enfermera ante el paciente y viceversa, motivo de consulta, exámenes de laboratorio, radiografías de tórax, otros exámenes complementarios antecedentes de alergia, medicamento que está ingiriendo y que puedan influir en el desarrollo del procedimiento, horas de ayuna, peso y talla, otro aspecto importante es la variación del estado nutricional: Incluyendo edad y etapa del desarrollo, sexo, estructura, peso usual, peso actual, costumbres en cuanto a actividades diarias y grado de actividad patrón usual de alimentación y cualquier alteración reciente del mismo e ingestión actual de alimentos y líquidos, La enfermera también debe saber si el paciente recibe dieta especial, si la sigue, así también sus carencias religiosas, origen étnico, si tiene alguna carencia especial sobre los alimentos y su actitud hacia la alimentación. El examen físico, es importante para obtener objetivos del paciente, analiza las características semiológicas normales, detectar alteraciones que presente al paciente, en su procedimiento céfalo- caudal donde están involucrados todos los órganos y sistemas del cuerpo humano, el examen físico nos permite observar, interrogar y examinar, al mismo tiempo nos permite evaluar y anotar los signos vitales. El apoyo psicológico antes del procedimiento es indispensable en el paciente, debe recibir un trato

amable, cordial, expresándole palabras que le den seguridad, confianza, a fin de minimizar el grado de ansiedad, nerviosismo o depresión que presenta ante esta situación que para muchos es desconocida explicándole en que consiste lo que se va a realizar y lo que podría sentir, el tiempo aproximado de duración y lo importante de su colaboración.(87)

La enfermera debe reflexionar sobre su trato al paciente, debe llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional paciente, confianza para preguntar por su estado, dolor, etc.

Debe saber hablar y escuchar al paciente para detectar posibles complicaciones clínicas, ensombrecidos, para evaluar no solo un estado de lucidez sino entrada en un proceso patológico, la enfermera debe aportar seguridad y con ello, tranquilidad al paciente dándole a conocer su nombre, proporcionándole una explicación concisa y adecuada acerca de los procedimientos que se le va a realizar, diferenciando la información orientativa de la información clínica, explicándole el mecanismo de su entorno apoyando el esfuerzo y colaborando del paciente con esfuerzo positivo, por ser ello un voto confianza que les anima a seguir adelante cuidando a los comentarios delante de los pacientes, pues no solo les aumenta su angustia, sino que también son fuente de gran incertidumbre.(88)

El manejo de alto riesgo consiste en que la enfermera debe estar preparada para conocer rápidamente las distintas patologías concomitantes manejo de

la farmacología específica, sus diluciones y administración, efectos secundarios y colaterales, utilización de respiradores, interpretación de gases anteriores en la sangre y otros análisis específicos. Estar adiestrado en RCP, sondas vesicales y naso gástrica, interpretación del monitoreo electrocardiográfico, etc. (89)

Las actitudes de gestión están dadas por el tipo de coordinación, comunicación e información que realiza con los demás miembros del equipo de salud.

El Dr. Armando Feigenbau, señala que la calidad es la resultante de una combinación de características de diseño y de fabricación. Determinantes entre grado de satisfacción que el producto proporcione al consumidor o usuario. (90)

Howard (1991) refiere a la calidad, es el juicio que tienen los clientes o usuarios sobre un producto o servicio; es el punto en el que sienten que sobre pasan sus necesidades y expectativas. También comprende el mejoramiento interminable del proceso ampliado de una firma.(91)

1.4. DEFINICION DE TÉRMINOS OPERACIONES

- **Nivel de Percepción:** Son impresiones cognoscitivas de algo captado por los sentidos recibidos a partir de los estímulos internos y externos hacia un patrón significativo que sea utilizable con las transacciones con el entorno ya que sirven como cómo componentes básicos a los conceptos o a las ideas.

- **Paciente:** Toda persona varón o mujer que acude a un establecimiento de salud a solicitar un servicio.
- **Calidad de Cuidados:** la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definido para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del paciente y la del personal de enfermería.
- **Profesional de enfermería:** personas con estudios universitarios preparadas para brindar cuidados de enfermería holísticos al paciente, familia y comunidad; en los diferentes ciclos de vida.
- **Servicio de emergencia:** Es la unidad donde se concentran las facilidades físicas para la atención de pacientes niños y adultos que presentan urgencias médico quirúrgicas en forma individual, colectivas y atención masiva de pacientes en caso de desastres.
- **Hospital:** es un establecimiento sanitario donde se disponen de la prestación de servicios de profesionales médicos, de enfermería y otros relacionados 24 horas, todos los días del año. Brinda atención médica, o quirúrgica a pacientes en fase de convalecencia, periodo crítico o cuidados paliativos, según el caso. Para lo cual dispone de medios diagnósticos y terapéuticos necesarios.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. AMBITO DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el servicio de emergencia del Hospital II EsSalud de la ciudad de Huánuco, que se encuentra ubicado en el Jr. José Olaya cuadra 2 en el distrito de Amarilis, el cual cuenta con una población de 50 trabajadores asistenciales entre enfermeros y técnicos y 07 administrativos, que laboran en turnos rotativos. En dicho establecimiento se brinda atención, preventiva, recuperativa y de rehabilitación, en los servicios de Consultorios externos, Emergencia y Hospitalización; allí laboran médicos de las diferentes especialidades. El Servicio de Emergencia cuenta con un pabellón dividido en: sala de reposo del adulto con 19 camillas, sala de reposo de pediatría con 04 camas y UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) con 04 camas. Además cuenta con consultorios de medicina, cirugía, pediatría y gineco - obstetricia. La atención es durante las 24 horas del día, a la población asegurada del departamento de Huánuco.

Ubicación en espacio y tiempo

- **Ubicación en el espacio:** El estudio se realizó en servicio de Emergencia del Hospital II EsSALUD- Huánuco.

- **Ubicación en el tiempo:** este estudio se llevó a cabo en el periodo de Noviembre a Diciembre del 2016.

2.2. POBLACION

La población estuvo conformada por todos los usuarios que se encontraron en observación en el servicio de emergencia del Hospital II EsSALUD- Huánuco, mientras se llevó a cabo el estudio. Para el cálculo respectivo se tomó en cuenta el total de atendidos durante 01 mes y que fueron aproximadamente 6000 usuarios.(92)

2.3. MUESTRA

Unidad de análisis

Pacientes que se encontraron en observación en el servicio de emergencia del hospital II EsSalud Huánuco

Marco Muestral

Registro de datos estadísticos, del Hospital II Essalud Huánuco

Tipo de muestreo

La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo no probabilístico, por conveniencia, a través de este método solo se seleccionó a un determinado grupo de pacientes que nos interesaron para el estudio.

Tamaño de la muestra

El cálculo de la muestra se hizo utilizando la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 * p * q * N}{e^2(N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n = muestra

N = Población de usuarios externos atendidos en el último mes al servicio de emergencia (6000)

Z = nivel de confianza (1,96)

p = Proporción de usuarios externos que espera que se encuentren insatisfechos (0,50)

q = Proporción de usuarios externos que espera que se encuentren satisfechos. (0,50)

e = error (0,05)

Reemplazando valores:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,50 \times 0,50 \times 6000}{0,0025 \times (5999) + 3,8416 \times 0,50 \times 0,50}$$

$$n = \frac{5762,4}{14,9975 + 0,9604} = \frac{5762,4}{15,9579} = 361,100$$

La muestra estuvo conformada por **361** usuarios que se encontraron en observación en el servicio de emergencia, mientras se llevó a cabo la investigación y que cumplieron con los siguientes criterios.

Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes que aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Pacientes estables, que se encontraron LOTEPE.
- Pacientes mayores de 18 años a más.
- Pacientes que se encontraron en observación por más de 48 horas

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes que no aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que no se encontraron LOTEPE.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con menos de 48 horas en observación.
- Pacientes que no completaron el instrumento en un 100%.

2.4. NIVEL Y TIPO DE ESTUDIO

El estudio corresponde al nivel descriptivo correlacional; porque solo se describió la percepción del paciente y luego se correlacionó con la calidad del cuidado que brinda el profesional de enfermería.

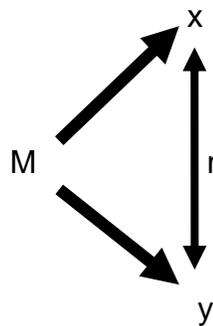
TIPO DE ESTUDIO

- **Según el tiempo de estudio:** la investigación es de tipo prospectivo porque la recolección de datos se hizo según van ocurriendo los fenómenos.
- **Según la participación del investigador:** es de tipo observacional puesto que no se manipuló la variable independiente; se observaron los fenómenos tal como ocurrieron.
- **Según la cantidad de medición de las variables:** el estudio es transversal, ya que los instrumentos se aplicaron a la muestra en un determinado momento y se midieron solo una vez.

- **Según la cantidad de variables a estudiar:** analítico, porque se estudiaron dos variables con la finalidad de buscar asociación entre ellas(93)

2.5. DISEÑO DE INVESTIGACION

Para el estudio se utilizó el diseño correlacional, representado de la siguiente manera:



Donde:

M: Muestra en estudio

x: variable: Calidad de atención

y: variable: Nivel de percepción del usuario

r: relación entre las dos variables

2.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario tipo escala de Lickert modificada, el cual consta de las siguientes partes: instrucciones, datos generales y datos específicos conformados por 30 ítems relacionados a las dimensiones de la calidad que son: la

dimensión técnica, dimensión interpersonal y dimensión del entorno o amenidades. (Anexo 01).

3.7. PROCEDIMIENTO

Para la ejecución de la investigación fue necesario cumplir los siguientes pasos:

- Se solicitó el permiso respectivo a la dirección del Hospital II Es salud Huánuco, a través de la unidad de docencia, Ética e investigación.
- Se coordinó con el medico jefe y enfermera coordinadora del servicio de emergencia, dando a conocer el propósito de la investigación.
- Una vez obtenido el permiso, se solicitó a los usuarios la firma del consentimiento informado.
- Se aplicó el cuestionario en los momentos de menor afluencia de pacientes, para no interrumpir con el trabajo de los colegas y del resto del personal.
- Se inició la tabulación respectiva y elaboración de los cuadros estadísticos, utilizando el programa SPSS versión 21.
- Se realizó el análisis e interpretación de los datos
- Elaboración del informe final.

2.8. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron tabulados a través del Programa SPSS versión 21, mediante el cual se elaboraron las tablas y gráficos estadísticos respectivos, los mismos que posteriormente fueron analizados e interpretados.

2.9. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos de recolección de datos fueron validados a través de la opinión y análisis de expertos en la materia, quienes dictaminaron si el instrumento a aplicarse ha sido diseñado con el rigor científico pertinente para obtener resultados ajustados a lo que persigue la investigación. (Anexo N° 02). Se realizó la confiabilidad mediante la aplicación del instrumento a una muestra piloto compuesta por 20 pacientes que no fueron parte de la muestra en estudio.

2.10. ASPECTOS ÉTICOS

Consentimiento informado: se utilizó el consentimiento informado, con el objetivo de informar a cada uno de los participantes del estudio, los objetivos que se espera lograr con su participación, también se puso en claro los compromisos por parte del investigador y el investigado, así como la libertad que tendrán de elegir participar o no en el estudio. (Anexo N° 03)

CAPÍTULO III

RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Tabla 01. Edad en años de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Edad en años	Frecuencia	%
18 a 32	96	26,6
33 a 47	109	30,2
48 a 62	77	21,3
63 a 77	57	15,8
78 a 92	22	6,1
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

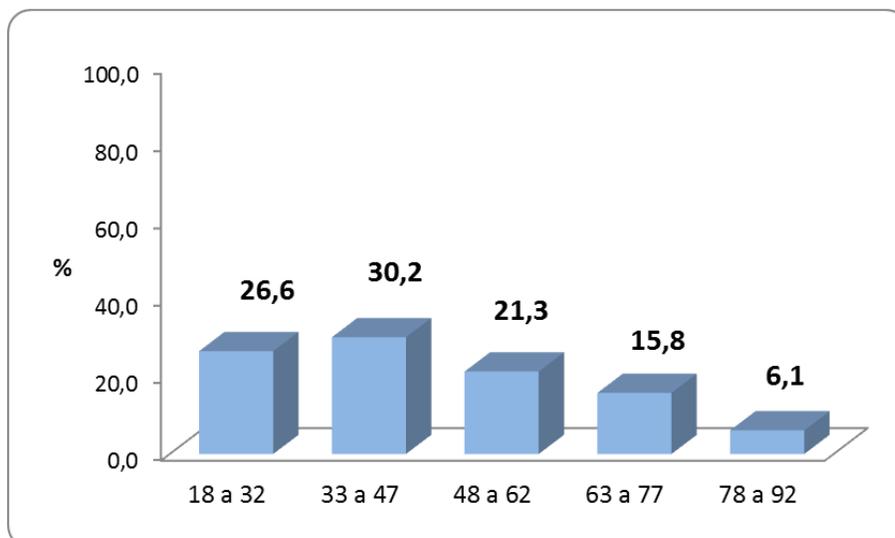


Figura 01. Porcentaje de pacientes según edad en años. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

En cuanto a la edad en años de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que el 30,2% (109 pacientes) correspondieron a las edades entre 33 a 47 años, el 26,6% (96 pacientes) tuvieron edades entre 18 a 32 años, el 21,3% (77 pacientes) entre 48 a 62 años, el 15,8% (57 pacientes) entre 63 a 77 años y el 6,1% (22 pacientes) se encontraban entre las edades de 78 a 92 años.

Tabla 02. Sexo de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	167	46,3
Masculino	194	53,7
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

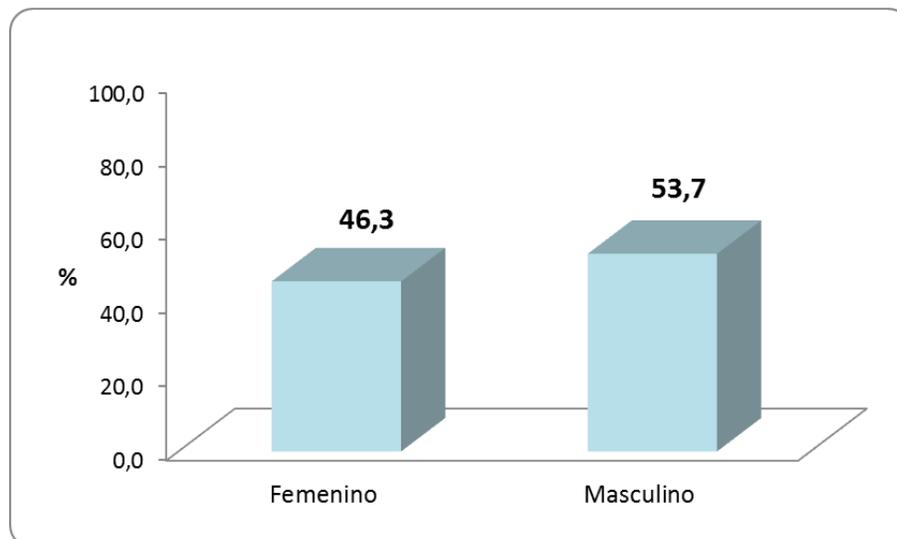


Figura 02. Porcentaje de pacientes según sexo. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

En relación al sexo de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que más de la mitad con el 53,7% (194 pacientes) pertenecieron al sexo masculino y en cambio el 46,3% (167 pacientes) fueron del sexo femenino.

Tabla 03. Estado civil de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Estado civil	Frecuencia	%
Soltero	80	22,2
Casado	143	39,6
Viudo	26	7,2
Conviviente	100	27,7
Divorciado	12	3,3
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

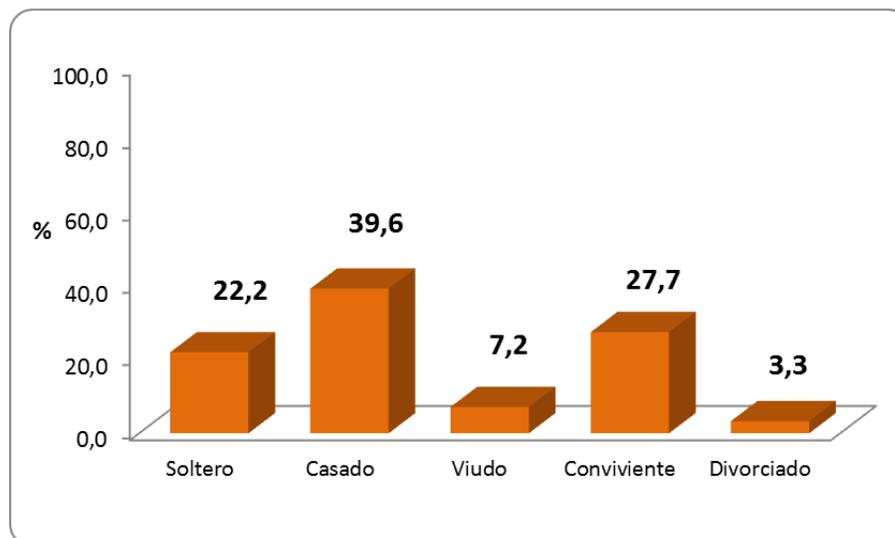


Figura 03. Porcentaje de pacientes según estado civil. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Respecto al estado civil de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que el 39,6% (143 pacientes) tuvieron la condición de casado, asimismo, el 27,7% (100 pacientes) la condición de conviviente, el 22,2% (80 pacientes) la condición de soltero, el 7,2% (26 pacientes) la condición de viudo y el 3,3% (12 pacientes) indicaron la condición de divorciado.

Tabla 04. Grado de instrucción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Grado de instrucción	Frecuencia	%
Primaria incompleta	5	1,4
Primaria completa	8	2,2
Secundaria incompleta	24	6,6
Secundaria completa	80	22,2
Superior incompleta	107	29,6
Superior completa	137	38,0
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

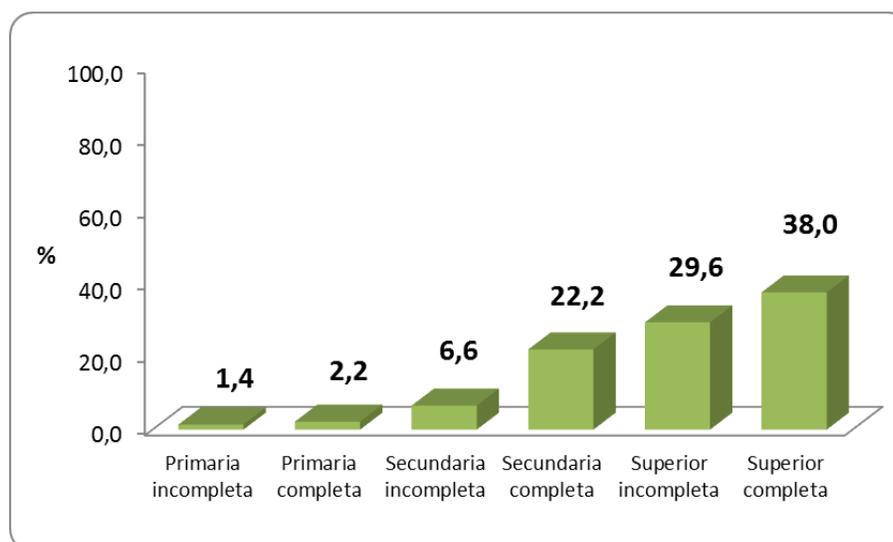


Figura 04. Porcentaje de pacientes según grado de instrucción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016

Con respecto al grado de instrucción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que el 38,0% (137 pacientes) alcanzaron la educación superior completa, el 29,6% (107 pacientes) la superior incompleta, el 22,2% (80 pacientes) la secundaria completa, el 6,6% (24 pacientes) tuvieron secundaria incompleta y el 2,2% y 1,4% de primaria completa e incompleta, respectivamente.

Tabla 05. Estancia en sala de observación en horas de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Estancia en sala de observación en horas	Frecuencia	%
12 a 47	3	0,8
48 a 61	111	30,7
62 a 86	108	29,9
87 a 112	82	22,7
113 a 137	57	15,8
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

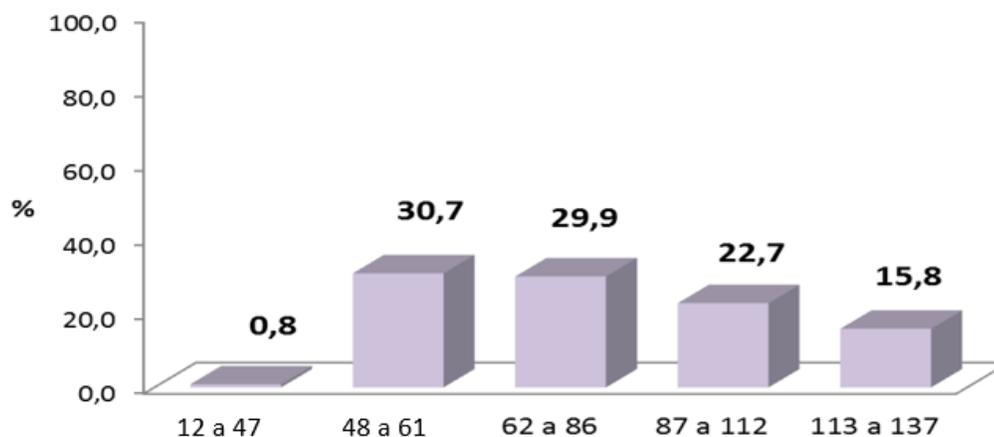


Figura 05. Porcentaje de pacientes según estancia en sala de observación en horas. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

En razón a la estancia en sala de observación en horas de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que el 30,7% (111 pacientes) permanecieron entre 37 a 61 horas, el 29,9% (108 pacientes) entre 62 a 86 horas, el 22,7% (82 pacientes) entre 87 a 112 horas y el 15,8% y 0,8% permanecieron entre 113 a 137 horas y 12 a 36 horas, respectivamente.

Tabla 06. Procedencia de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Procedencia	Frecuencia	%
Urbano	201	55,7
Rural	155	42,9
Marginal	5	1,4
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

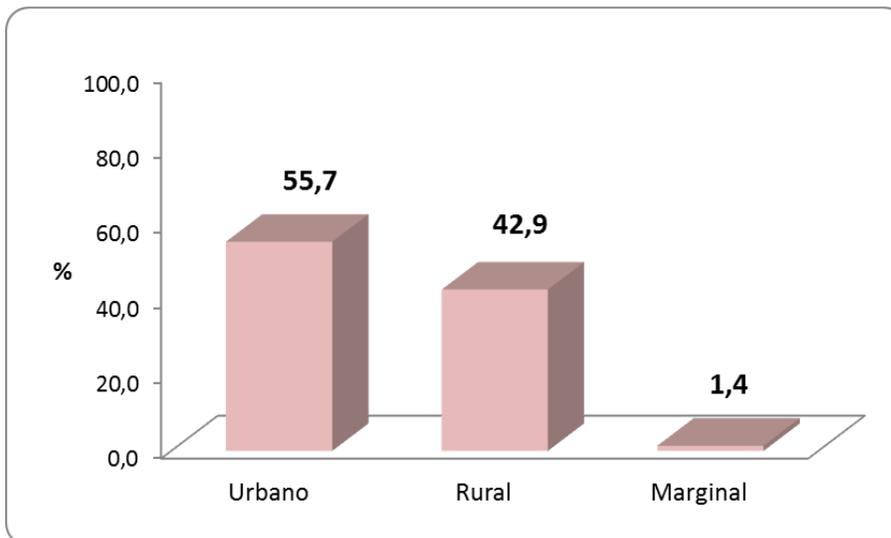


Figura 06. Porcentaje de pacientes según procedencia. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Concerniente a la procedencia de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que el 55,7% (201 pacientes) procedieron de la zona urbana, le sigue el 42,9% (155 pacientes) de la zona rural y el 1,4% (5 pacientes) procedieron de la zona marginal.

Tabla 07. Ocupación de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Ocupación	Frecuencia	%
Ama de casa	68	18,8
Comerciante	37	10,2
Estudiante	39	10,8
Profesional	113	31,3
Otro	104	28,8
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

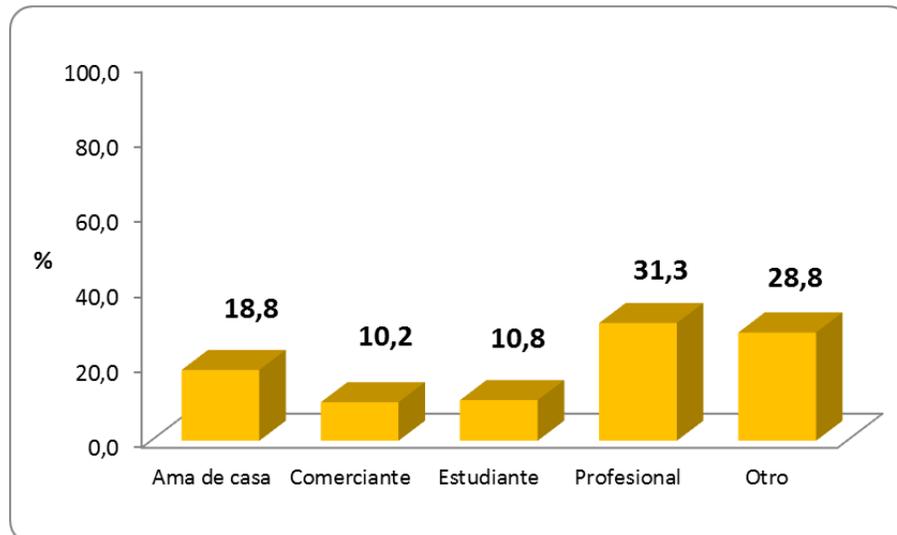


Figura 07. Porcentaje de pacientes según ocupación. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco – 2016

En cuanto a la ocupación de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que el 31,3% (113 pacientes) fueron profesionales, el 18,8% (68 pacientes) se dedicaban a ama de casa, el 10,8% (39 pacientes) fueron estudiantes, el 10,2% (37 pacientes) fueron comerciante y el 28,8% (104 pacientes) tuvieron otra ocupación.

CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS

Tabla 08. Calidad del cuidado en la dimensión técnica de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Calidad del cuidado en la dimensión técnica	Frecuencia	%
Buena	273	75,6
Regular	76	21,1
Deficiente	12	3,3
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

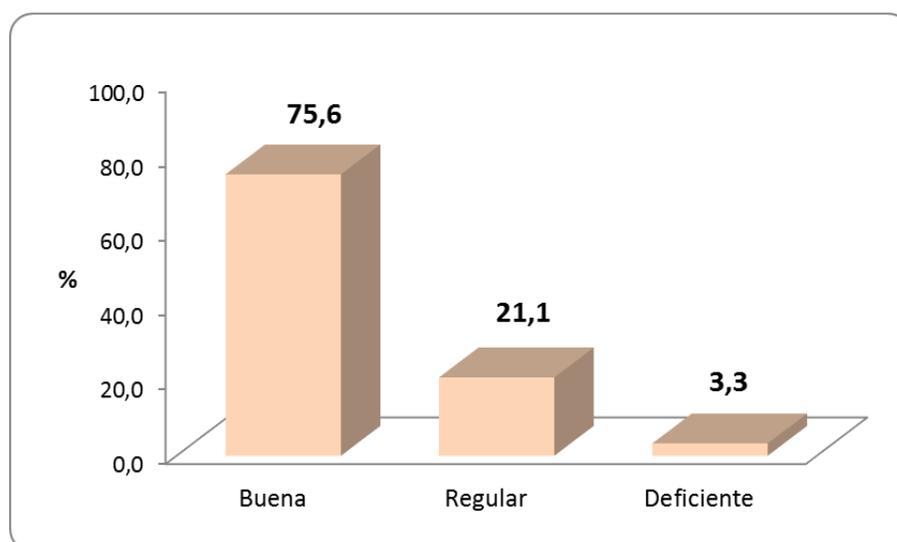


Figura 08. Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión técnica. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

En relación a la calidad del cuidado en la dimensión técnica que brinda el profesional de enfermería, se encontró que la mayoría del 75,6% (273 pacientes) indicaron que la calidad del cuidado es buena, asimismo, el 21,1% (76 pacientes) mencionaron que es regular y por otro lado, el 3,3% (12 pacientes) aseguraron que es deficiente.

Tabla 09. Calidad del cuidado en la dimensión interpersonal de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD - Huánuco - 2016

Calidad del cuidado en la dimensión interpersonal	Frecuencia	%
Buena	205	56,8
Regular	132	36,6
Deficiente	24	6,6
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

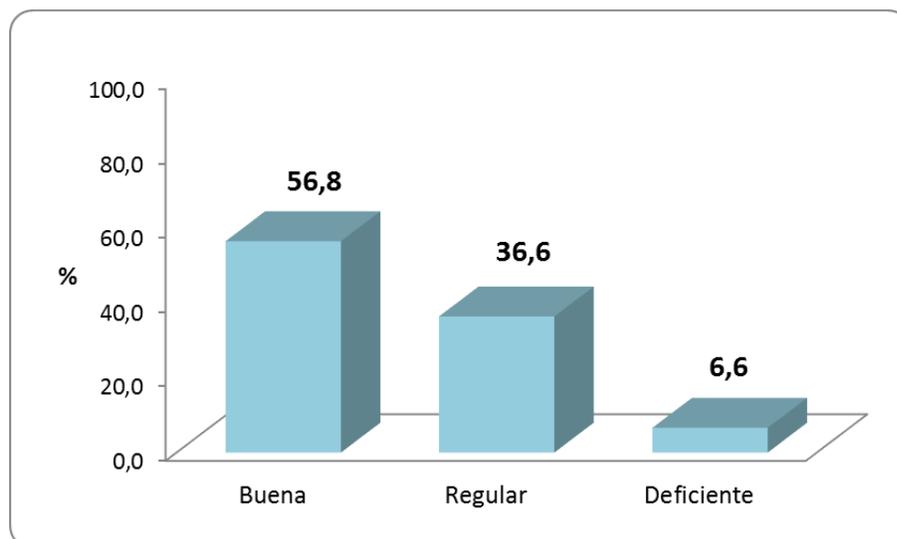


Figura 09. Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión interpersonal. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2015

Frente a la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal que brinda el profesional de enfermería, se encontró que el 56,8% (205 pacientes) manifestaron que es buena; asimismo, el 36,6% (132 pacientes) señalaron que es regular y el 6,6% (24 pacientes) afirmaron que es deficiente.

Tabla 10. Calidad del cuidado en la dimensión entorno o amenidades de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Calidad del cuidado en la dimensión entorno o amenidades	Frecuencia	%
Buena	159	44,0
Regular	143	39,6
Deficiente	59	16,3
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

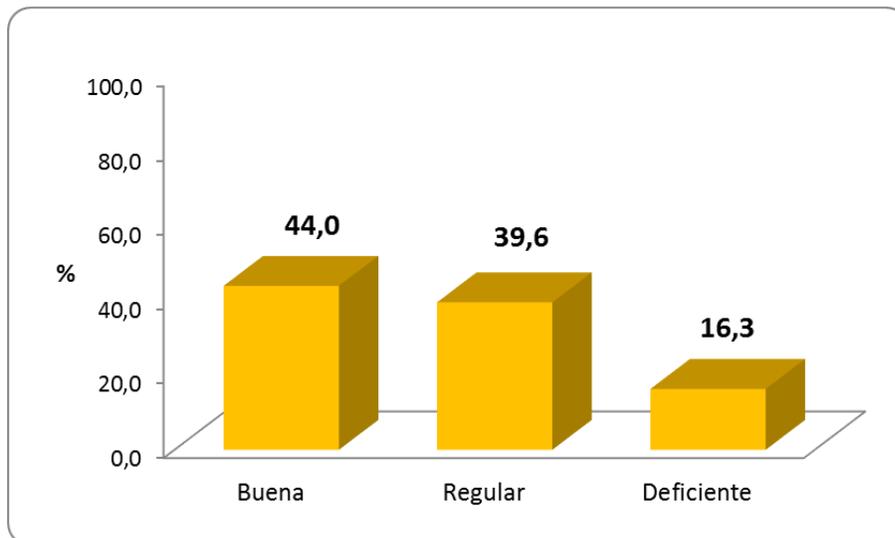


Figura 10. Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión entorno o amenidades. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Respecto a la calidad del cuidado en la dimensión entorno que brinda el profesional de enfermería, se encontró que el 44,0% (159 pacientes) afirmaron que es buena, asimismo, el 39,6% (143 pacientes) mencionaron que es regular y por otro lado, el 16,3% (59 pacientes) certificaron que es deficiente,

CARACTERISTICAS DEL NIVEL DE PERCEPCION

Tabla 11. Nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Nivel de percepción del paciente	Frecuencia	%
Favorable	216	59,8
Medianamente favorable	128	35,5
Desfavorable	17	4,7
Total	361	100,0

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

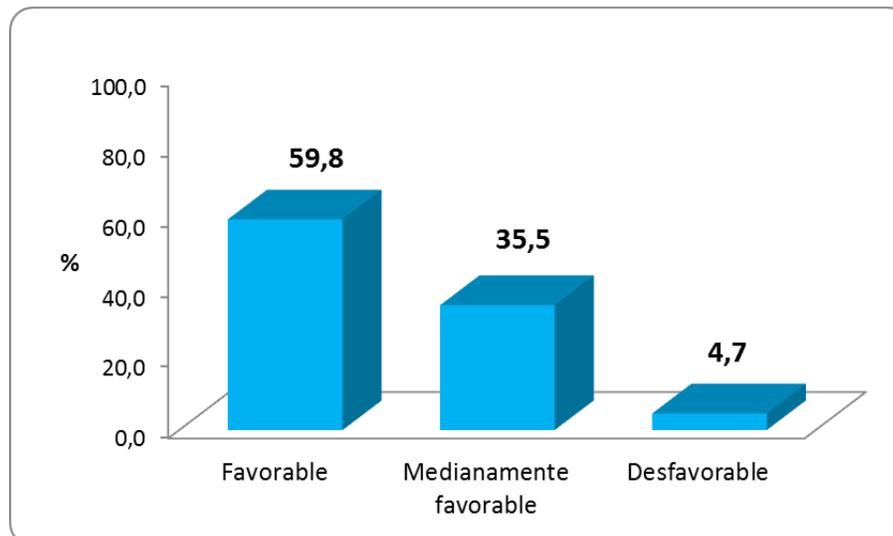


Figura 11. Porcentaje de pacientes según nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Concerniente al nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, se encontró que la mayoría del 59,8% (216 pacientes) expresaron percepción favorable, asimismo, el 35,5% (128 pacientes) afirmaron medianamente favorable y sin embargo, el 4,7% (17 pacientes) mostraron una percepción desfavorable.

ANALISIS INFERENCIAL

Tabla 12. Relación entre la calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

VARIABLES	Nivel de percepción del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Calidad del cuidado en la dimensión técnica	0,82	0,000

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

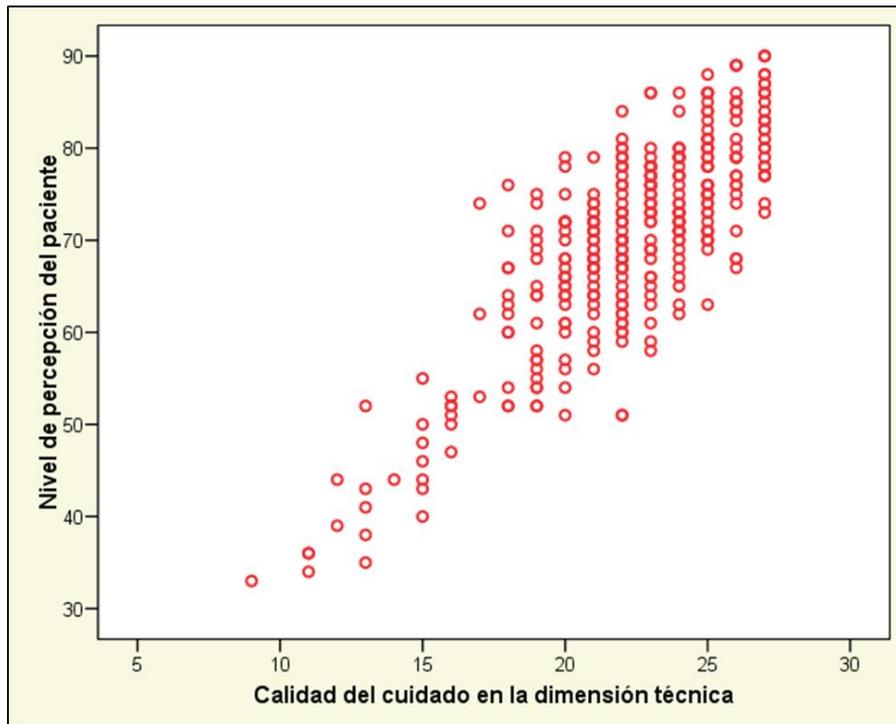


Figura 12. Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

En cuanto a la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en

estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,82 y una $p \leq 0,000$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.

Asimismo, respecto a la dispersión de los puntos, se observa una correlación positiva ascendente un tanto marcada donde los puntos se relacionan favorablemente y en donde podemos afirmar que mientras la calidad del cuidado en la dimensión técnica asciende también lo hace el nivel de percepción del paciente.

Tabla 13. Relación entre la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

VARIABLES	Nivel de percepción del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Calidad del cuidado en la dimensión interpersonal	0,89	0,000

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

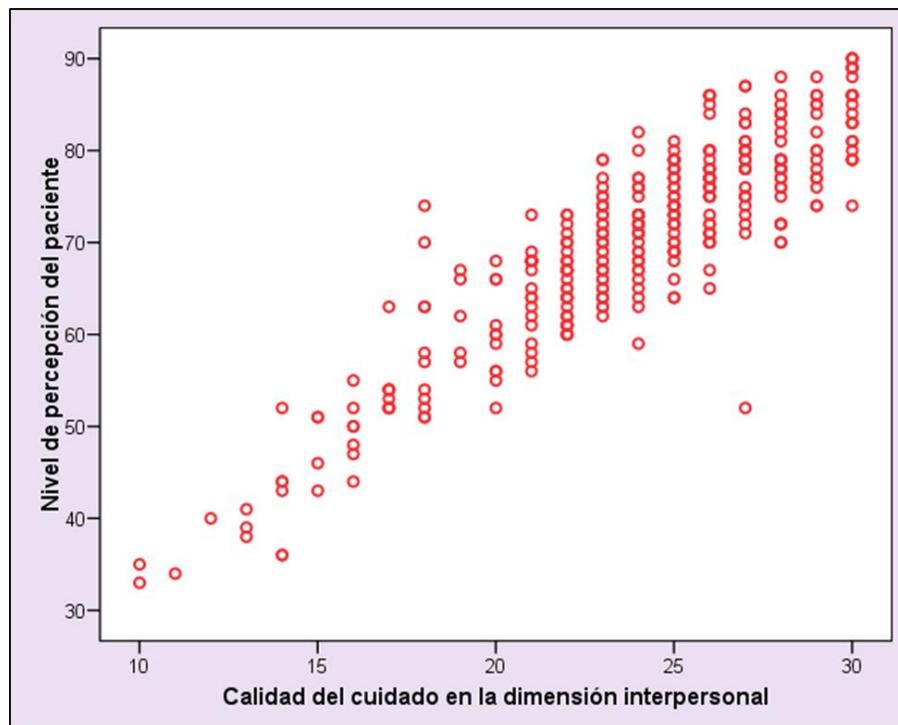


Figura 13. Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión interpersonal y el nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Concerniente a la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,89 y una $p \leq 0,000$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.

Asimismo, respecto a la dispersión de los puntos, se observa una correlación positiva ascendente un tanto marcada donde los puntos se relacionan favorablemente y en donde podemos afirmar que mientras la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal asciende también lo hace el nivel de percepción del paciente.

Tabla 14. Relación entre la calidad del cuidado en la dimensión entorno y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

VARIABLES	Nivel de percepción del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Calidad del cuidado en la dimensión entorno o amenidades	0,89	0,000

Fuente: Cuestionario (Anexo 01).

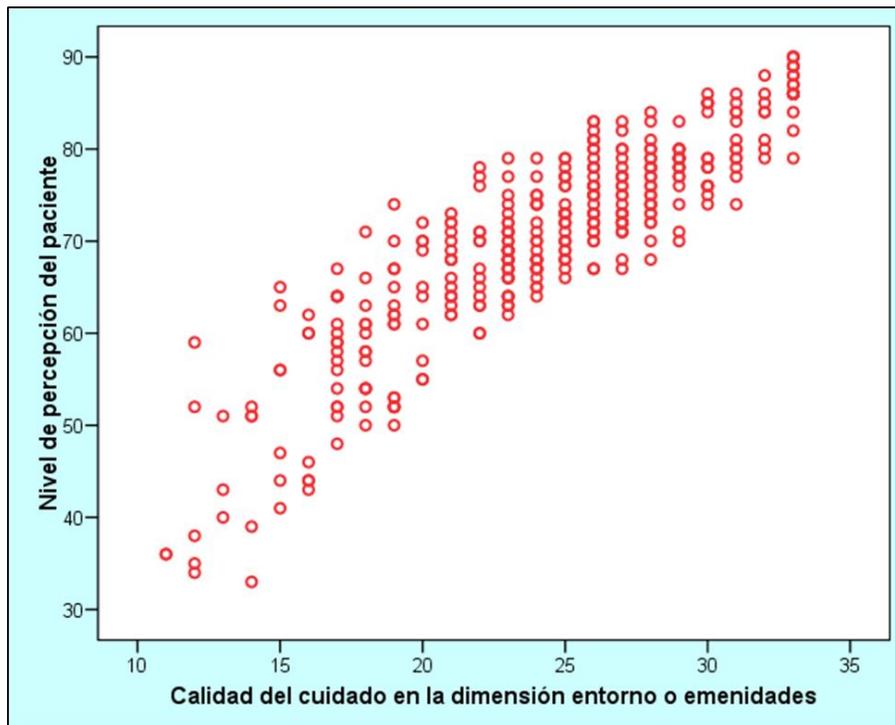


Figura 14. Porcentaje de pacientes según calidad del cuidado en la dimensión entorno y el nivel de percepción. Servicio de Emergencia del Hospital II ESSALUD Huánuco - 2016

Y, en cuanto a la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión entorno y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,89 y una $p \leq 0,000$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.

Asimismo, respecto a la dispersión de los puntos, se observa una correlación positiva ascendente un tanto marcada donde los puntos se relacionan favorablemente y en donde podemos afirmar que mientras la calidad del cuidado en la dimensión entorno asciende también lo hace el nivel de percepción del paciente.

DISCUSIÓN

El concepto de calidad en el cuidado de la salud incluye aspectos adicionales a la calidad técnica de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, abarcando aspectos como responder en forma pronta, satisfactoria, culturalmente relevante y fácil de entender a las preguntas de los pacientes o plantear y realizar los procedimientos médicos en forma tal que no sean percibidos como atemorizadores (94).

La Calidad: es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad, en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud, los cuales son evaluados en forma subjetiva, por las opiniones de los beneficiarios, de acuerdo a sus expectativas. Donabedian señala: “Calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes.” (95)

Para diversos profesionales de la salud, la calidad de atención se fundamenta en la relación de un diagnóstico adecuado para cada paciente, en la administración de un tratamiento idóneo para restablecer la salud. Según Romer y Montoya Aguilar, definen la calidad como el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben son

seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición.(96)

La calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia; calidad es “Hacer lo correcto”, en forma correcta y de inmediato; la calidad es practicar la limpieza, es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto, que los pacientes tenga confianza en el servicio que se les brinda.(97)

La Calidad de los servicios de enfermería, se concibe como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable”. Expresada de otra forma: "La orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos.

Florencia Nightingale en el siglo XIX dice: “Esta ayuda incluye el cuidado del entorno creando las condiciones para que el organismo reaccione positivamente ante el daño”(98)

Leninger define como “aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos a otro ser humano o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de mejorar o aliviar las condiciones de vida humana” (99)

Los resultados en la presente investigación nos indican que el 75,6% de pacientes manifiestan que la enfermera brinda una buena calidad del cuidado en la dimensión técnica, el 21,1% regular y el 3,3% deficiente. Según Avedis Donavedian, considerado el padre de la calidad la Dimensión Técnico – Científica, se refiere a los aspectos científicos técnicos de la atención, cuyas características básicas son:

- Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población
- Eficacia, referida al logro de los objetivos en la prestación del servicio de salud a través de aplicación correcta de las normas y técnicas administrativas.
- Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados.
- Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias.
- Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario.
- Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante. (100)

En cuanto a la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal de los pacientes en estudio, los resultados nos muestran que el 56,8% manifiestan

que en esta dimensión la calidad es buena, seguido de un 36,6% que refieren que la calidad es regular. La comunicación eficaz, empática entre el personal de salud y usuario, se relaciona positivamente con la calidad de la atención, la satisfacción de los pacientes y enfermera y los resultados de salud. La comunicación entre el médico y el paciente es compleja, la cual requiere de habilidades verbales y empleo del lenguaje no verbal por parte del médico (101). La conversación abierta, honesta y directa con los usuarios acerca de aspectos biomédicos y psicosociales (necesidades, creencias, dudas, preocupaciones y opiniones, si entiende lo que se le dice y si puede repetirlo e interpretarlo, así como dar información instrucciones y consejos) nos da información eficaz para brindarle una atención de calidad. El aspecto emocional de una conversación incluye afirmaciones positivas, como negativas el uso del humor y la risa (102). Las relaciones interpersonales constituyen uno de los componentes fundamentales en la calidad de atención; este componente no debe ser analizado solamente en relación al trato entre proveedores y clientes, sino es necesario tener presente el contexto socio cultural en el que se desenvuelven y en cómo funcionan los servicios. (103)

Donabedian, también señala que la Dimensión Humana, se relaciona con aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características:

- Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella.
- Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas, lo que es asimismo válido para el usuario interno.
- Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención.
- Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los principios ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud. (104)

Modesta Morales Torres, en el año 2004, en España, en su trabajo, "Calidad de atención desde la perspectiva del paciente" menciona entre sus conclusiones: que algunos aspectos en la dimensión técnica e interpersonal deben ser reforzados ya que no son buenos, sino regulares, como el manejo del dolor, la continuidad de la atención, el trato que brinda el personal de enfermería, la competencia del personal de enfermería y la información proporcionada.(105)

En cuanto a la calidad del cuidado en la dimensión entorno o amenidades de los pacientes, el estudio demuestra que el 44,0% refieren que es buena, el 39,6% manifiestan que es regular y un mínimo porcentaje de 16,3%. DONABEDIAN refiere que la dimensión del Entorno, se refiere a las

facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles: Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.(106)

En cuanto a la percepción de los usuarios, sobre la calidad del cuidado que reciben por parte del profesional de enfermería, el 59,8% refieren que es favorable; el 35,5% refieren que es medianamente favorable y un 4,7% manifiestan que es desfavorable. Los aspectos relacionados a la percepción medianamente favorable está dado por la preocupación de la enfermera por brindar sobre todo un ambiente adecuado al paciente, por mantener la privacidad en la atención, lo favorable está dado por la preocupación porque los pacientes descansen cómodamente, y lo desfavorable está dado porque el ambiente donde descansa el paciente no posee buena iluminación y ventilación. Day menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos es obviamente más que una imagen del mundo proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la apariencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que pueden influir en forma positiva y negativa”.(107)

Whittaker, enfatiza que la percepción no es una respuesta rígida al estímulo y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino más bien de un proceso bipolar que es la resultante de la interacción de las condiciones del estímulo por una parte de factores que actúan dentro de los factores que incluyen en la percepción, diversas características del perceptor han sido intensamente estudiadas, sus necesidades o motivos, los valores, las actitudes, el ajuste personal y la personalidad, la edad y el sexo, se encuentran entre los factores investigados desde el punto de vista experimental (108).

CONCLUSIONES

- El 59,8% de usuarios perciben que la calidad de cuidados que brinda el Profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II EsSALUD - Huánuco, es favorable
- El 35,5% de usuarios perciben que la calidad de cuidados que brinda el Profesional de Enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II EsSALUD - Huánuco, es medianamente favorable y solo el 4,7% de usuarios perciben que la calidad de cuidados es desfavorable
- En cuanto a la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión técnica y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,82 y una $p \leq 0,000$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.
- Concerniente a la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión interpersonal y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson de 0,89 y una $p \leq 0,000$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.
- En cuanto a la relación entre la calidad del cuidado en la dimensión entorno y el nivel de percepción de los pacientes del servicio de Emergencia en estudio, registró un coeficiente de correlación de Pearson

de 0,89 y una $p \leq 0,000$, encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están altamente correlacionadas positivamente.

RECOMENDACIONES

- A los directivos del hospital nivel II - EsSalud, mejorar la infraestructura del servicio de emergencia, ya que en esta dimensión los usuarios manifiestan su disconformidad.
- A la coordinadora del servicio de emergencia, programar cursos sobre calidad del cuidado, relacionados al trato del usuario, ya que la percepción de los usuarios aún se evidencia en un porcentaje considerable.
- A la Jefatura del servicio de enfermería, programar cursos de humanización y calidad del cuidado dirigido a todo el personal asistencial del Hospital II – EsSalud Huánuco.
- A la decana del colegio de enfermeros, elaborar una lista cotejo de valoración del buen trato y atención de calidad y promover el reconocimiento y motivación a todos los enfermeros durante el desarrollo de sus funciones.
- A los directivos del hospital, continuar con los trámites ante las autoridades del gobierno regional, para la construcción de un moderno hospital que satisfaga las necesidades reales de los usuarios del departamento y la región.
- A los profesionales de enfermería del servicio de Emergencia, mejorar el trato al usuario, por ser ellos la razón de la institución.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. V. V. Juan Carlos. Estrés Laboral y su relación con la Calidad de Cuidado que brinda el Profesional de Enfermería en la Micro Red de Salud. Cono Sur. Tacna.2012.
2. Monserrate. Capurro Olga. "Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Argentina. Universidad Nacional De Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas E.A.P. de enfermería; 2009
3. Romero Ameri LC. Óp. cit.1
4. Proyecto de Salud y Nutrición Básica Universal Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co. Llc. Gestión de la calidad Modulo II; Lima. Editorial del MINSA: 1999.
5. Colegio de enfermeras (os) del Perú [internet]. [Consultado 2013 mayo 18].
6. Revista de Salud; Calidad de Atención de Enfermería. España, 1992. Calidad de la Atención de la Enfermera.

7. V. V. Juan Carlos. Estrés Laboral y su relación con la Calidad de Cuidado que brinda el Profesional de Enfermería en la Micro Red de Salud - Cono Sur-Tacna 2012.
8. MINSA Norma técnica de auditoría de la calidad de atención en salud / ministerio.
9. Perlasa, Jorge. Percepción de la Atención de Enfermería de los Pacientes sometidos a hemodiálisis Periódica frente a sus Reacciones Emocionales, Ecuador, 2002; Percepción de la atención de Enfermería.
10. Romero García M. Percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros. Aproximación al concepto de satisfacción
11. Colegio de enfermeras (os) del Perú [internet]. [Consultado 2013 mayo 18].
12. López. Calidad de los cuidados de enfermería. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, E.A.P de Enfermería; 2008
13. Wong Blandón Yudy et. al. "Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa. Nicaragua. Noviembre 2002".
14. Morales Torres Modesta. "Calidad de atención desde la perspectiva del paciente". España. 2004

15. Casalino-Carpio Guillermo Ernesto: Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual-Bogotá-Colombia Tumbes Perú, Pongo Lalangui, Oscar A. 2008, "Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de emergencia en el hospital CCJ. EsSalud - Tumbes".
16. Barrera Salazar, Kelin Luis "Calidad del cuidado que brinda el personal de enfermería y satisfacción del usuario en el centro de Hemodiálisis del hospital Hermilio Valdizán Medrano Huánuco - 2015".
17. Díaz Meza Henry. Tingo María. Julio-Agosto- 2012". El objetivo fue: Determinar la relación que existe entre la calidad de atención de salud percibida y el nivel de satisfacción del usuario en el servicio de hospitalización del hospital EsSalud de Tingo María.
18. Ward K, Rolland E, Paterson R. Improving outpatient health care quality: Understanding the quality dimensions. Health Care Manage Rev 2005; 30:361-71.
19. Minsa. Modulo. Programa de Especialización en Gobierno y Gerencia en Salud (PREG)-2010-Lima Perú.
20. Beverly Witter DUGAS, Tratado de Enfermería Práctica; 4ta Edición; México. Editorial Interamericana. 1998.
21. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.
22. Kenagy J, Berwick D, Shore M. Service quality in health care. JAMA 1999; 281: 661-5.

- 23.** Stepke F. Principios bioéticos y calidad de la atención médica. En: Stepke, F Lolas, editor. *Ética e innovación tecnológica*. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. 1ra Edición Universidad de Chile; Santiago de Chile 2006: 209-15. *Rev Soc Peru Med Interna* 2008; vol 21 (4) Calidad de servicio de la consulta externa de medicina interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual
- 24.** Resolución Ministerial 519-2006/Minsa: Documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" 30 de mayo 2006.
- 25.** Phillips P, Carson K, Roe W. Toward understanding the patient's perception of quality. *The Health Care Supervisor* 1998;16:36-42.
- 26.** Schneider B, Holcombe K, White S. Lessons learned about service quality what it is, how to manage it, and how to become a service quality organization. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research* 1997; 49: 35-49.
- 27.** Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: A Multiple-Item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing* 1988;64:12-40.
- 28.** Asubonteg P, Mc Cleary K, Swan J. SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *J Serv Market* 1996;10:62-81.
- 29.** Fitzpatrick, R. Surveys of patient satisfaction: I. Important general considerations. *BMJ* 1991; 302: 887-9.

30. 14. Ware J, Russell W, Snyder M, Chu G. Consumer perceptions of health care services: Implications for academic medicine. *J Med Educ* 1975;50:839-48.
31. Ortega VMC, et al. Manual de Evaluación del servicio de calidad en Enfermería. México, D.F: Editorial Médica Panamericana, 2006.
32. Ruelas Enrique. Calidad, productividad y costos. *Rev Salud Publica de México*, 1993;35 (3): 298-304.
33. Organización Mundial de la salud (OMS). La salud en el mundo –Los sistemas de salud : Mejora el rendimiento, Ginebra :OMS 2000.
34. Bruce, J. Elementos fundamentales de la calidad de atención: Un marco conceptual simple. Primera conferencia peruana de calidad de atención en Planificación Familiar. Mayo 1991.
35. Alonso M, Krafchenko O. La comunicación médico paciente como parte de la formación ético profesional de los estudiantes de medicina. *Revista Cubana Educación Medico Superior* 2003, 17(1): 39-46
36. Bellon J.A. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria.
[Http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/bsuple2.htm](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/bsuple2.htm)
37. Orrego Sierra S, Ortiz Zapata A. Calidad del cuidado en Enfermería.
38. Proyecto de Salud y Nutrición Básica Universal Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co.Llc. Gestión de la calidad Modulo II; Lima. Editorial del MINSA: 1999.
39. Ibid (38)

40. Ibid (38)
41. Avedis Donabedian. Garantía y Calidad de la Atención Médica. Instituto Nacional de Salud Pública México. 1999. Pág. 9 -13.
42. Ibid (41)
43. Ibid (42)
44. Ibid (43)
45. Avedis Donabedian. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad en “Calidad de Atención a la Salud” Instituto Nacional de salud Pública, México, Vol. 2, Nº 3, Feb. 1995. Pág.8.
46. Ibid (45)
47. Ibid (46)
48. Secretaria de salud. Comercial interinstitucional de Enfermería Evolución sistematizada de la calidad de los servicios de enfermería, 2002.
49. Casaus IP, Muñoz J, Coca M. Introducción a la gestión de enfermería. Madrid: Ed. Otalla ediciones; 1995.p.131-40.
50. Ortiz AC. Gestión del Cuidado de Enfermería. Invest. educ. enferm 2000; XVIII(1):93-102.
51. Watson J. Enfermería: ciencia humana y cuidado humano. Una teoría de enfermería. Nueva York: National League for Nursing Publications; 1988. p. 9-
52. Trincado MT, Fernández E. Calidad en Enfermería. Rev Cuba Enfer [En línea] 1995 [consultado el 25 de noviembre de 2008]; 11(1)
53. Ibid (43)

54. Wade GH, Kasper N. Nursing Students' Perceptions of Instructor caring: An Instrument based on Watson's Theory of Transpersonal Caring. *Journal of Nursing Education* 2006;45(5): 162 – 168.
55. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.
56. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson.
57. Watson J. *Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing* New York: National League of Nursing, 1988. 158 p.
58. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909. Watson Jean. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería. Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad Autónoma de Chihuahua. [Internet]. Disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean_Watson (Consultado el 24 de agosto de 2007)
59. Walker CA. Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 1996; 24: 988-996.
60. Ibid (56)
61. Ibid (57)
62. Cohen JA. Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing* 1991; 16:899-909.
63. Ibid (62)
64. Beverly Witter DUGAS, *Tratado de Enfermería Práctica*; 4ta Edición; México. Editorial Interamericana. 1998.

65. Ibid (64)
66. Ibid (65)
67. Ibid (66)
68. Colegio de Enfermeros del Perú. Boletín Informativo N° 001; Lima.
2001.Pág.8
69. Ibid (68)
70. Martínez, A. El profesional de enfermería en su entorno de trabajo.
Humanización de la asistencia. Manual de ética y legislación - Enfermería
Mosvy/Doyma. Madrid - 1997.
71. Ibid (70)
69. Ibid (69)
70. Humberto Rotondo. Selección de lecturas de ciencias de la Conducta
aplicada a la Salud; Perú; UNMSM. 1989.
71. Ibid (70)
72. Ibid (71)
73. Ibid (72)
74. Manuel Gonzáles. La Percepción. México. 2002.
75. Diccionario Merriam - **Webster** Online. © 2009 Merriam-**Webster**,
Incorporated.
76. Gordon Allport - Psicología - Online.**com**.www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/allport.html
77. Coscio Roberto E y Sánchez José F. – Tyche Ediciones. Manual de
Psicología

78. Whittaker James; "Psicología"; 4ta Edición Interamericana, México D.F
79. Feldman Robert S. (2001). Psicología: con aplicaciones a países de habla hispana. 3ª edición. Editorial, McGraw-Hill interamericana. México.
80. Ibid (79)
81. Day R. M. "Psicología de la percepción Humana". Ed. Limusa Wiley S. A., D.F México 1994.
82. Jasón Moroni, "Manuel de Psicología"; Editorial Morata; Barcelona España; 1985
83. Ibid (82)
84. Ibid (83)
85. Ibid (83)
86. Ibid (81)
87. Susan, Leddy y Jhon, Pepper, Bases Conceptuales de Enfermería Profesional; New York; Editorial OPS J.B Lippincott Company, 1989. Pág. 22-23, 36-37.
88. Ibid (87)
89. Ibid (88)
90. Feigenbaum Armand V, Reseña de "Control total de la calidad". Innovación Educativa, vol. 9, núm. 48, julio-septiembre, 2009, p. 91, Instituto Politécnico Nacional, México
91. Howard .1991
92. Unidad de estadística. Hospital EsSalud-Huánuco- 2016

93. Fonseca Livias A. y col. Investigación Científica en Salud con enfoque cuantitativo. 2012. 105-106
94. Stepke F. Principios bioéticos y calidad de la atención médica. En: Stepke, F Lolas, editor. Ética e innovación tecnológica. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética. 1ra Edición Universidad de Chile; Santiago de Chile 2006: 209-15.
95. Donabedian A. M. D.: "Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad". Conferencia Magistral. Salud Pública de México.1993.
96. Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co, Llc; Gestión de la Calidad Modulo II; Lima. Editorial del MINSa; 1999.
97. Gutierrez Fernández, Rodrigo; La Satisfacción del Paciente como medida de la Evaluación de la Calidad Percibida; Toledo, 2003. www.uclm.es/area/fac/cursos/pcte/ponencias/rodrigo%20gutierrez.pdf.
Buscador Google. Percepción de la Calidad de Atención.
98. Nightingale Florencia. Cuidados de enfermería.1900
99. Leninger Madeleine. Teorías de enfermería. 1998
100. Ibid (95)
101. Bruce, J. Elementos fundamentales de la calidad de atención: Un marco conceptual simple. Primera conferencia peruana de calidad de atención en Planificación Familiar. Mayo 1991.
102. Ferruci L. Calidad en atención primaria de la salud. Jornada IRAM Universidades. Córdoba Octubre 2000.

103. Bellón J.A. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria.
[Http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/Bsuple2.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/biblio14/Bsuple2.html).
104. Ibid (95)
105. Morales Torres Modesta, "Calidad de atención desde la perspectiva del paciente". 2004. España.
106. Donabedian A. M. D.: "Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad". Conferencia Magistral. Salud Pública de México.1993.
107. Ibid (81)
108. Ibid (78)

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE CUIDADOS QUE BRINDA EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. “Nivel de percepción del paciente sobre la calidad de cuidados que brinda el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del hospital II ESSALUD Huánuco, 2016.”

INTRODUCCIÓN

Estimado Sr., Sra., Srta.; buenos días, somos estudiantes de la Segunda especialidad en Emergencias y Desastres de la facultad de Enfermería de la UNHEVAL, en esta oportunidad nos es grato dirigirnos a Ud., para hacerle llegar el presente cuestionario que tiene como finalidad obtener información sobre su apreciación en torno a la calidad de atención que brinda la Enfermera(o) de este servicio. Le hacemos de su conocimiento que este instrumento es anónimo y que los resultados que se obtengan serán de uso exclusivo para la investigación. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

A continuación se presentan algunas preguntas, léalo detenidamente y según su opinión marque con una “X” en el casillero que crea conveniente Ud.

I. DATOS GENERALES

- **Edad:**.....años
- **Sexo:** Femenino ()
Masculino ()
- **Estado Civil:** Soltero () Conviviente ()
Casado () Divorciado ()
Viudo ()
- **Grado de instrucción:**
Primaria Incompleta () Primaria Completa ()
Secundaria Incompleta () Secundaria Completa ()
Superior Incompleta () Superior Completa ()
- **Estancia en sala de observación:** (horas)
- **Procedencia:** Urbano () Rural () Marginal ()
- **Ocupación:** Ama de casa () Comerciante ()
Estudiante () Profesional ()
Otros () Especifique.....

N°	ITEMS	Siempre	A veces	Nunca
I	DIMENSIÓN CALIDAD TÉCNICA, la enfermera:			
01	Soluciona sus problemas de salud			
02	Posee Habilidades y destrezas al realizar diferentes			
03	Le brinda atención inmediata frente a la necesidad que presente el paciente			
04	Posee los conocimientos suficientes sobre el proceso de enfermedad del paciente			
05	La enfermera canaliza la vía con rapidez y destreza			
06	La enfermera utiliza una adecuada técnica de asepsia durante el tratamiento			
07	Canaliza la vía con rapidez y destreza			
08	Utiliza una adecuada técnica de asepsia durante el tratamiento y otros procedimientos			
09	Monitoriza los signos vitales al paciente cada vez que sea necesario			
II	DIMENSION INTERPERSONAL, la enfermera:			
10	Se presenta al paciente antes de iniciar su jornada laboral.			
11	El trato que brinda al paciente es cordial y amable			
12	Orienta al paciente sobre los procedimientos a realizar			
13	Demuestra respeto al paciente en todo momento del cuidado			
14	Brinda confianza y seguridad al paciente y familia			
15	Brinda Información clara al paciente sobre su enfermedad			
16	Llama al paciente por su nombre			
17	El trato que la enfermera(o) le brinda es igual para todos			
18	Permite que Ud. exprese sus preocupaciones y temores			
19	Respeto sus costumbres y creencias.			
III	DIMENSIÓN ENTORNO O AMENIDADES			
20	Existe señalización en los ambientes			
21	Los ambientes son cómodos y limpios			

22	La sala de espera tiene asientos cómodos y confortables			
23	El servicio cuenta con materiales y equipos necesarios para la atención			
24	Se respetó su privacidad durante su atención			
25	Los servicios higiénicos se encontraron limpios y disponibles			
26	Su atención se realizó respetando la gravedad del problema y el orden de llegada			
27	El tiempo de espera para que lo atiendan fue adecuado			
28	La Iluminación y ventilación son adecuadas en los ambientes			
29	La infraestructura es adecuada			
30	La ropa de cama estuvo limpia y disponible			

PUNTUACION: Siempre = 3 Favorable = 60 a 90 ptos.
A veces = 2 Medianamente Favorable = 31 a 59 ptos.
Nunca = 1 Desfavorable = < de 30 ptos.

ANEXO N° 02
JUICIO DE EXPERTOS

**CUESTIONARIO DE VALIDACION PARA JUECES SOBRE EL
INSTRUMENTO OBJETO DE EVALUACION**

I. JUSTIFICACION

Nombre del experto: _____

Especialidad: _____

II. APRECIACION DEL EXPERTO

Nº	ITEMS	APRECIACION		OBSERVACION
		SI	NO	
1	¿El instrumento responde al planteamiento del problema?			
2	¿El instrumento responde a los objetivos del problema?			
3	¿Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la elaboración del instrumento?			
4	¿El instrumento responde a la Operacionalización de las variables?			
5	¿La estructura que presenta el instrumento es secuencial?			
6	¿Los ítems están redactados de forma clara y precisa?			
7	¿El número de ítems es adecuado?			
8	¿Los ítems del instrumento son válidos?			
9	¿Se deben incrementar el número de ítems?			
10	¿Se debe eliminar algunos ítems?			

III. DECISION DEL EXPERTO

El instrumento debe ser aplicado: SI () NO ()

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:.....

.....

.....
Firma y Sello

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación “Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera(o) en el Servicio de Emergencia del hospital Es Salud II Huánuco”, realizada por los Licenciados en enfermería Ferrer Vasquez Liseth Victoria, Capcha Huatuco Josue David y Ayala Arbildo Stiveens Manuel; estudiantes de la especialidad en Emergencias y Desastres de la facultad de enfermería de la UNHEVAL; en el cual participaré en una encuesta cuyos datos que brinde serán anónimos y toda la información será usada solo para la investigación.

Huánuco, Junio del 2016

Firma del paciente

Firma del investigador