



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES**

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Director: Dr. Jorge Daniel Lemus Calderón.

Tesis de Maestría:

Grado de Satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería en la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) del Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM) de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Período: marzo a junio de 2011.

Maestrando: Licenciada Nancy Viviana Segura.

Nº de matrícula: 39219.

Director de Tesis: Dr. Alberto Ricardo Bonfil.

Septiembre 2013.

ÍNDICE

Contenido	Nº página
ÍNDICE.....	2
RESUMEN	4
CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y SU JUSTIFICACIÓN	5
1) Introducción:.....	6
2) Problema y Justificación.	7
3) Antecedentes:	9
3.1) Antecedentes legales:.....	9
3.2) Investigaciones Académicas:	11
3.2.1) Ámbito Internacional:	11
3.2.2) Ámbito Nacional:.....	13
3.3) Contexto:	13
4) Marco conceptual:.....	14
4.1) Sanidad y calidad en Argentina:.....	15
4.1.1) Antecedentes históricos del término calidad:.....	17
4.1.2) Conceptualizando calidad:	21
4.1.3) Evaluación de la calidad asistencial:.....	22
4.1.4) Programa de calidad para un servicio asistencial:.....	24
4.1.5) Definición de satisfacción del paciente	25
4.2.1) Breve reseña de la U.T.I. del HCJSM:.....	29
4.2.2) Estructura de la U.T.I. del HCJSM:	31
4.2.3) Procesos del Servicio de enfermería en la U.T.I. del HCJSM:	34
4.2.4) Resultados en la U.T.I. del HCJSM:.....	36
4.3) Atención sanitaria de Enfermería:.....	38
4.3.1) Proceso de atención de enfermería:	39
4.3.2) Cuidados enfermeros de calidad:	41
4.3.3) Evaluación de la acción enfermera:	42
4.3.4) Cuidados de enfermería de calidad en la U.T.I.:.....	44
4.4) Los pacientes-clientes:	47
4.4.1) Calidad desde el punto de vista del paciente-cliente:	48
4.4.2) Evaluación de cuidados de calidad según los pacientes –usuarios:	50
.....	50
4.4.3) Los usuarios de la U.T.I. del HCJSM:.....	52
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	54
5) Objetivos.....	54
5.1) Objetivo general	54
5.2) Objetivos específicos	54
6) Hipótesis.....	54
7) Metodología	55
7.1) Tipo de trabajo	55
7.2) Unidad de análisis:	55
7.3) Variables:	55
7.4) Población y muestra:.....	61
7.4.1) Población de referencia:.....	61
7.4.2) Muestra:	61
7.5) Técnicas e instrumentos.....	62

7.5.1) Estrategia: cuantitativa.	62
7.5.2) Plan de análisis.....	63
7.5.3) Estrategia para analizar los resultados:.....	64
8) Presentación y análisis de datos.	66
8.1) Caracterización de la muestra.	66
8.2) Descripción Escala Grado de satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados de enfermería.	79
8.3) Resultados del análisis descriptivo	93
8.4) Análisis Bi - variado de datos.....	95
8.5) Resultados del Análisis Bi-variado.....	137
8.6) Discusión:.....	138
CAPÍTULO III: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	141
9) Conclusiones:	141
10) Reflexiones:	143
11) Bibliografía	145
11.1) Bibliografía general:	145
11.2) Sitios web consultados:	147
12) Anexos:.....	150
12.1) Instrumento.....	150
12.2) Lista de Tablas.....	155
12.3) Lista de Gráficos.....	158
13) Glosario de Términos Específicos.	161

RESUMEN

El propósito de esta investigación es describir el grado de satisfacción¹ de los pacientes con respecto a la calidad de los cuidados de enfermería que recibieron en la U.T.I.² del HCJSM, dependiente de la UBA.

Los objetivos de esta tesis se cumplieron al medir y analizar el grado de satisfacción que informaron los pacientes. Informes que constituyeron la principal fuente de conocimiento de la realidad presente, conducente a la medición de la calidad de los cuidados de enfermería recibidos y proponiendo opciones posibles para optimizarlos.

La metodología seleccionada a los fines de este trabajo consistió en un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo aplicando un método cuantitativo, con una estructura cerrada, llamada Escala de grado de satisfacción de los pacientes de la U.T.I., que permitió describir y comparar las características socio demográficas de los pacientes encuestados, así como los diagnósticos al momento de su ingreso a la U.T.I. y el grado de satisfacción con los cuidados de enfermería recibidos. El análisis del instrumento mostró una alta consistencia interna (alfa³ 0,97), los elementos están altamente correlacionados. Esto se complementó con la tabla ANOVA⁴ en donde se observó que las relaciones intrapersonas están significativamente correlacionadas (sig.⁵ < 0,01).

Los resultados sobre el grado de satisfacción que informaron son de **satisfactorio**, con una media global de 92,7 (escala 32 a 117), es decir 65% de satisfacción global, con algunas asociaciones relacionadas con respecto al sexo, edad, nivel de escolaridad.

En esta investigación, se encontraron asociaciones significativas en las dimensiones de **conforta**⁶, con una media de 25,7 (escala 7 a 35), es decir 71 % de satisfacción global y **mantiene relación de confianza**⁷ con una media de 13,0

¹ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

² Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

³ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁴ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁵ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁶ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁷ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

(escala 3 a 19), es decir 65% de satisfacción, destacándose como las acciones de enfermería que mayor satisfacción valorizaron los pacientes. Y las dimensiones de **monitorea y hace seguimiento**⁸, con una media de 16,5, (escala 3 a 23) es decir 59% de satisfacción global y **explica y facilita**⁹, con una media de 9,9 (escala 1 a 14), equivalente al 61% de satisfacción señaladas como las que menor satisfacción produjeron. Culminando esta tesis, se expresan reflexiones sugeridas para la optimización de estrategias útiles a la gestión de los Recursos Humanos de Enfermería en la U.T.I. y sirvan además, de elementos de juicio a considerar en estudios posteriores.

Palabras clave: Grado de satisfacción de los pacientes en la U.T.I., Dimensiones de los cuidados de enfermería en la U.T.I., Calidad del cuidado.

CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA Y SU JUS-

⁸ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁹ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

TIFICACIÓN

1) Introducción:

La Organización Mundial de la Salud¹⁰, declara: “Los servicios de enfermería [...] son los pilares fundamentales de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras [...] se reducen los costos y se mejora la calidad de la atención en diversos contextos”.

Donabedian, asegura que todo intento de evaluación debe estar orientado hacia la observación y la comprensión de la calidad; hace especial énfasis en la importancia de entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y el personal de salud; aprender a identificar y a cuantificar las cualidades que se presentan en ese encuentro entre el paciente y el personal de enfermería.

La presente investigación titulada “Grado de Satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería en la U.T.I. del HCJSM de la UBA. Período: marzo a junio de 2011”. Tuvo como objetivo: Describir y comparar el grado de satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería de U.T.I. del HCJSM de la UBA en el período marzo a junio de 2011.

Luego de realizada la investigación se hará llegar a la Jefatura del Servicio y al Departamento de Enfermería del HCJSM, los resultados a fin de ofrecer evidencia sobre la calidad de los cuidados que realiza el personal de enfermería de Terapia Intensiva y reflexiones de mejora continua de los mismos.

Esta Tesis se presenta estructurada en:

- Capítulo I: Formulación del problema y su justificación. Se describe el origen del problema, su formulación y la relevancia que tiene la realización de la presente investigación. Además, se presenta la literatura consultada; los fundamentos legales; e investigaciones académicas del ámbito internacional y nacional. Esta literatura constituye el Marco Teó-

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Servicios de Enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008. Ginebra: OMS; 2002. p. 27- 38.

rico que sustenta este estudio observando la asociación de Sanidad y calidad en Argentina; Estructura, procesos y resultados de la U.T.I.; Cuidados de enfermería en la U.T.I. y los pacientes- clientes de Terapia.

- Capítulo II: Diseño Metodológico aplicado, luego de seleccionar el tipo de investigación, los objetivos del estudio, hipótesis, definición y operacionalización de las variables, selección de la muestra¹¹ que formó parte del estudio, la técnica y el instrumento de recolección de datos.
- Capítulo III: Se exhibe el análisis, resultados y discusión de los datos encontrados, seguidos de las conclusiones. Se incluyen en este capítulo, la Bibliografía; y los Anexos, agregando allí, el instrumento de medición aplicado en la investigación.

2) Problema y Justificación.

La atención de enfermería, a pacientes críticos internados en la U.T.I., supone ofrecer cuidados complejos. En ellos, se practican procesos operativos basados en conocimientos y habilidades, actitudes y competencias de alta complejidad asistencial. El uso de tecnologías y tratamientos que cambian y se mejoran continuamente, obligan al personal a mantener una actualización profunda y diversificada. La asistencia en la U.T.I. impone brindar cuidados personalizados con gran dependencia del entorno tecnológico.¹²

Recordar la dimensión humana y única del destinatario de los cuidados, se vuelve en algunas situaciones difícil de tenerla presente, por el compromiso del profesional colocado simultáneamente, en más de un paciente. Del lado de los asistidos, recuperar la salud habiendo pasado por una unidad de terapia intensiva, es una experiencia traumática que, para algunos es transitoria y para otros, queda incorporada en modo definitivo.

Funcionalmente la labor de la Enfermería en una unidad de terapia intensiva, impone resolver dos importantes exigencias cuales son: la recuperación de la

¹¹ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

¹² [http:// www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132...sci...](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132...sci...) De Pinho, L. B., Azevedo dos Santos, S. M. (2006). "Significado y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados intensivos." Brasil.[F.C.: 05/05/2010].

salud del paciente; y atenuar los traumas psíquicos de ellos durante la recepción de los cuidados intensivos. La calidad de los servicios es apreciada por el paciente desde las secuelas psicológicas. La optimización de las alternativas de gestión, en esta investigación, buscó concretar en pautas, las mejoras para que éstas sean lo menos significativas. Las secuelas subsistentes señalan la magnitud del impacto emocional que sufrió el paciente. La experiencia emocional se independiza de la crisis de la sintomatología altamente crítica. Desde los cuidados enfermeros en lo psicológico, el paciente cruzará dos grandes momentos claramente diferenciados, primero durante la internación en la U.T.I.; y después, ya reinsertado a su vida normal. Inicialmente el impacto psicológico se instala desde que va tomando conciencia progresivamente de su cuadro de salud y, en la medida que evoluciona hacia la salida de la crisis, recién puede pretenderse la minimización de las secuelas emocionales teniendo presente que atenuado el choque emocional, contribuye a la más pronta recuperación del asistido.

Tanto en una como en la otra de ambas exigencias enfermeras, las antes descritas, la labor del profesional de Enfermería es de resultados. Como viene expresándose – básicamente – son, el de la recuperación física siguiendo las prescripciones y la otra es el cuidado integral de todas las necesidades de cada paciente.

La recuperación y restablecimiento integral está relacionado con la satisfacción del paciente respecto de los cuidados intensivos que va recibiendo en la U.T.I. y después al ser ya derivado a los servicios que corresponda, esa recuperación será de fundamental importancia.

La satisfacción del paciente en la U.T.I. – objeto de estudio de esta tesis – por ser fundamental, hace indispensable saber qué opinan sobre los cuidados recibidos. Conocer qué grado de satisfacción han expresado, luego de superar el período crítico en su salud, forma parte de la práctica de mejora continua de procesos asistenciales que concede valor y protagonismo al usuario de los cuidados.

El estudio se justifica porque proporciona al Servicio de Terapia Intensiva datos que permitirán mejoras y generar cambios en la labor profesional. Es trascen-

dente enfocar la atención de enfermería, hacia la completa satisfacción del paciente. Para ese enfoque, debe tenerse en cuenta sus expectativas, necesidades y percepciones, identificando las posibles deficiencias de la atención de enfermería percibidas por el paciente. Esta investigación servirá como referencia, para la realización de futuros trabajos sobre el tema, ya que en la actualidad no se dispone de una investigación similar en el HCJSM.

En este trabajo se trató de responder a los siguientes interrogantes:

.- ¿Cuál es el grado de satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros que tienen los pacientes de U.T.I. del HCJSM de la UBA?

.- ¿Cuáles son los cuidados enfermeros¹³ que más satisfacen las necesidades y que ayudan a los pacientes a sobrellevar la crítica situación de salud?

.- ¿Qué acciones realizadas por los enfermeros de la Unidad les satisface menos en el proceso de la recuperación de la salud?

.- ¿Qué contenidos del proceso enfermero se deben acentuar en un programa de mejora de calidad de los cuidados enfermeros en la U.T.I. que aumente la satisfacción de los pacientes?

3) Antecedentes:

3.1) Antecedentes legales¹⁴:

- *Ley 24.004 Ley del ejercicio Profesional de Enfermería.* Buenos Aires, 26 de Septiembre de 1991. BO. 28 de Octubre de 1991. Ley que regula el desempeño profesional de enfermería en el ámbito Nacional.
- *Decreto 1269/92.* Establece las Políticas Sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social. Reglamentado por la Resolución 432/92 Secretaría de Salud (S.S.).
- *Resolución 432/92 SS (27/11/1992)* Creación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).

¹³ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

¹⁴ [http:// www.legislad.gov.ar/](http://www.legislad.gov.ar/) - Legislación en Salud de la República Argentina. Ministerio de Salud. [F.C.: 09/05/2010].

- *Resolución 149/93* MSAS del 1 de junio de 1993 implementa el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- *Resolución 705/93* Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (MSAS) (21/9/1993). Normas de Prevención y Control de Infección Hospitalarias.
- *Resolución 798/93* MSAS (8/10/1993) Vigencia de las normativas del PNGCAM.
- *Resolución nº 282* Criterios básicos de categorización de Establecimientos asistenciales con internación. Sancionado el 15-04-1994. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- *Resolución Ministerial 194/95* Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería de Establecimientos Asistenciales.
- *Decreto 1424/97* (23/12/1997) B.O.: 30/12/1997. PNGCAM. Se establece la aplicación obligatoria del mismo en todos los establecimientos nacionales de salud, en los sistemas nacionales de seguro de salud y de obras sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión y en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del sector salud que adhieran al mismo, determinándose sus funciones y creándose el Consejo Asesor Permanente, la Comisión Nacional de Certificación y Recertificación Profesional y la Comisión Nacional de Acreditación de Establecimientos de Salud, todos, del programa referido.
- *Resolución 126/98*. Guía para la Elección de Medicamentos para un Botiquín Toxicológico de Emergencia.
- *Ley N° 298/99. Ley de Ejercicio de la Enfermería*. Sanción: 25/11/99. Promulgación de hecho el 05/01/2000. Publicación: BOCBA N° 899 del 10/03/2000. Ley que regula el ejercicio profesional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- *Resolución 355/99.* Medidas para la Prevención de: infección relacionada a catéteres vasculares, neumonía intrahospitalaria, prevención de infección del tracto urinario en el paciente con catéter vesical. Normas de procedimiento para higiene hospitalaria, lavado de manos, residuos patogénicos, precaución de aislamiento, tuberculosis nosocomial, inmunización del personal de salud y prevención de infecciones en trabajadoras de la salud embarazadas.
- *Resolución 497/99 MSAS (15/7/1999) B.O.: 2/8/1999.* Definiciones y Marco Normativo General de Acreditaciones de Establecimientos de Salud. Se aprueban las mismas y se incorporan al PNGCAM.
- *Resolución 318/2001 MS (30/3/2001) B.O.: 6/4/2001.* Aprueba las Normas de Organización y Funcionamiento en Terapia Intensiva.
- *Resolución 41/2001 MS (8/1/2001) B.O.: 12/1/2001.* Normas de Organización y Funcionamiento de Internación en Servicios de Salud.
- *Resolución 54/2003 MS (20/6/2003) B.O.: 26/6/2003.* Aprobación de la Guía de Indicadores Básicos de Calidad para Establecimientos de Salud, incorporándola al PNGCAM.
- Resolución Ministerial 1606/06 Estandarización de los procesos asistenciales. Calidad en la Gestión Clínica. MSAS.
- Ley 26529. Honorable Congreso de la Nación Argentina. (21-10-2009). Derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de Salud. B.O.: 20-11-2009.

3.2) Investigaciones Académicas:

Los antecedentes académicos que orientaron el marco teórico del presente estudio de investigación, fueron trabajos e investigaciones del ámbito internacional y nacional. Se destacan entre esos antecedentes, los que se mencionan a continuación:

3.2.1) Ámbito Internacional:

- *Larson, P. Percepciones del cuidado de pacientes con cáncer por enfermeras oncológicas* [tesis doctoral]. San Francisco: Universidad de California.1981.¹⁵
- *Crespo Rivera, K. Estudio sobre las necesidades y grado de satisfacción de los clientes de una unidad de hemodiálisis. La calidad como meta. Hospital de Cabueñes. Asturias. España.1995.*¹⁶
- *Silva Carvalho Vila, V y col. O Significado do cuidado humanizado em unidades de Terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Brasil. 2002.*¹⁷
- *Ariza Olarte, C. Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el Paciente Cardíaco.* Facultad de Enfermería Hospital Universitario de San Ignacio. Bogotá- Colombia. 2004.¹⁸
- *Sierra Herrera, M.T .y col. Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá DC.* Colombia. 2006.¹⁹
- *Barbosa de Pinho, L. y col. Significado y percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Santa Caterina. Brasil. 2006*²⁰.
- *Chan Cabrera, R. y col. Calidad asistencial en la unidad de cuidados intensivos coronarias del Hospital Militar Central.* Perú. 2007.²¹
- *Bautista R, L.M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE.* Francisco Paula de Santander. Universidad de la Sabana. Colombia. 2008.²²
- *Morales Gonzáles, C. G. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de Urgencias frente a la atención de enfermería en una*

¹⁵ <http://www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/.../251> [F.C.:10/05/2010].

¹⁶ http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=66.249.71.2 [F.C.:10/05/2010].

¹⁷ <http://www.scielo.br/scielo.php?...11692002000200003> - [F.C.:10/05/2010].

¹⁸ <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/?pos=140> - [F.C.:10/05/2010].

¹⁹ http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv1_8.pdf -- [F.C.:10/05/2010].

²⁰ http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132...script=sci_arttext-- [F.C.:10/05/2010].

²¹ <http://www.posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/9-13.pdf> . [F.C.:10/05/2010].

²² <http://www.aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/.../251> [F.C.:10/05/2010].

Institución de Primer nivel de atención en Mistrato Risalba. Bogotá- Colombia. 2009.²³

- Ramírez Perdomo, C.A. *Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Hernado Moncaleano de Neiva.* Brasil. 2009.²⁴

3.2.2) Ámbito Nacional:

- Morrone, B. *Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en un servicio de Obstetricia.* La Plata. Bs. As. 1998.²⁵
- Cahps, H. *Evaluación de satisfacción de la calidad con la atención de un plan de salud: calificación de los cuidados de enfermería.* Argentina. 2002.²⁶
- Galeano, H. *Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico: Hospital Pediátrico Juan Pablo II.* Cátedra Enfermería Materno-infantil de la Universidad del Nordeste. Corrientes. Argentina. 2006.²⁷
- Gómez, B. R. *Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería.* Argentina. 2006.²⁸

3.3) Contexto:

La experiencia contextual fue tomada de la U.T.I., del HCJSM., dependiente de la UBA, focalizándose en la U.T.I. En el marco de los procesos y resultados del Departamento de Enfermería se procuró realizar una revisión referida a los cuidados de enfermería desde la mirada de los pacientes. Contexto que es común a todas las unidades dedicadas a los cuidados de alta intensidad. Consecuentemente, las pautas de gestión a mejorar son independientes de las instalaciones donde se prestan los cuidados enfermeros.

²³ <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/.../tesis12.pdf>. [F.C.:10/05/2010].

²⁴ <http://www.slideshare.net/.../sustentacin-reformada4-Estados Unidos>. [F.C.:10/05/2010].

²⁵ http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art05_visitas.p [F.C.:10/05/2010].

²⁶ <http://www.calidadensalud.org.ar/Biblioteca/DR.%20GUPPY.pp> [F.C.:10/05/2010].

²⁷ http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista195/2_195.pdf. [F.C.:10/05/2010].

²⁸ <http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729...script=sci>. [F.C.:10/05/2010].

Precedentemente se aludió a dos resultados mirando al paciente, pero hay dos más para el profesional de Enfermería. El tercer resultado es que, a través del trato humanizado, el profesional de Enfermería se enriquece fuertemente en conocimientos y experiencia a partir de las mejoras de los pacientes en menores lapsos y mejorías sustanciales. El cuarto resultado, consiste en el avance científico sostenido y en más breves lapsos de las Ciencias de la Enfermería.

A esta tesis interesaron ese tercer y cuarto resultado, respetando las apreciaciones de los pacientes como receptores de las atenciones enfermeras. Dentro de ese interés, la prioridad considerada en esta tesis, estuvo referida a la calidad, de los cuidados intensivos medidos desde la satisfacción experimentada efectivamente por los pacientes.

Este trabajo de investigación trató de conocer y medir el grado de satisfacción de los pacientes que transitaron por la U.T.I. del HCJSM, en el período de marzo a junio de 2011. El análisis de las exigencia cotidianas en la unidad de cuidados críticos, fue colocado mirando la atención personalizada y humanizadora durante las prácticas enfermeras. Fue tomada muy en cuenta que, durante el período de internación en a U.T.I., los pacientes sufren diversas situaciones sin solución de continuidad que por altamente críticas por urgente, el profesional, pendiente de su compromiso, se aleja un tanto de los padecimientos de los pacientes. Las prácticas invasivas, el monitoreo que informa de la evolución o involución del cuadro de salud, obliga al profesional a estar pendiente de los equipos de muy alta tecnología que le va informando los resultados de sus cuidados que impiden al enfermero por momentos, la visión holística y compleja de la persona que sufre.

4) Marco conceptual:

Los contenidos seleccionados fueron los referentes, respecto de: los conocimiento sobre sanidad y calidad en el país; escogiendo los aportes que brindan las raíces históricas hasta las más reciente publicaciones científicas relacionadas con el término calidad. La aplicación de tales antecedentes en la actualidad, de salud y la expresión concreta de calidad y su práctica guiaron a la inclusión de tan importantes antecedentes, integrándolos en los programas de calidad asistencial.

Delineado el marco conceptual se realizó una descripción del lugar del caso de estudio, una breve reseña histórica, la presentación de la estructura, procesos y resultados de la misma. Luego se abordó el conocimiento de la profesión de enfermería y su papel en el ámbito sanitario, después se caracterizó el ejercicio de su rol particular, la relación de los cuidados enfermeros y el término calidad seguido a un acercamiento de la práctica actual para evaluar calidad en la atención de enfermería y, finalmente, la descripción de los cuidados enfermeros en U.T.I.

Siendo el grado de satisfacción de los pacientes la principal variable de este trabajo de investigación, se planteó la figura de los pacientes–clientes²⁹, la calidad desde la óptica de los usuarios de salud, su participación en las evaluaciones de calidad de atención en salud y una definición del perfil y características de los pacientes–usuarios de la U.T.I.

4.1) Sanidad y calidad en Argentina:

En la República Argentina hubo diversas iniciativas para incluir el concepto y evolución de calidad sanitaria tanto en el ámbito público como en el privado. Por ejemplo la definición de niveles de complejidad hospitalaria, la reciente descentralización de la gestión, el sistema de acreditación de Residencias Médicas a través de la Comisión Nacional de Residencias Médicas (CONAREME), la certificación y recertificación de profesionales a través de Instituciones Científicas y Académicas, y algunas experiencias de acreditación de establecimientos, voluntaria y privada. "...En el marco de todos estos antecedentes y a fin de darle coherencia, persistencia en el tiempo y dimensión nacional, asumiendo la responsabilidad indelegable del Estado de garantizar el nivel de calidad de los Servicios de Salud y en el marco de la transformación global de nuestros sistemas de salud se creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica³⁰ mediante la Resolución Secretarial Nº 432 del 27 de Noviembre de 1992"³¹

²⁹ [http:// www.who.int/](http://www.who.int/) [F.C.:15/07/2010]. "Persona que utiliza, demanda y elige los servicios sanitarios. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan en un servicio de salud. Debe ser el eje y centro alrededor del cual se organizan las actividades del sistema sanitario".

³⁰ Sitio cit.: [http:// www.legislad.gov.ar/](http://www.legislad.gov.ar/).

³¹ [http:// www.med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf](http://www.med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf). [F.C.:11/05/2010].

La mencionada reglamentación del Ministerio de Salud de la Nación informa sobre diversas medidas de evaluación y mejoras de la calidad asistencial. Su ámbito de aplicación incluye las prestaciones sanitarias, la farmacia, los profesionales, la investigación, los sistemas de información, la calidad del Sistema Sanitario, los planes integrales, la salud pública y la participación de ciudadanos y profesionales.

En nuestro país conviven dos grandes modelos de gestión de la calidad: las normas ISO³² que proceden de la estandarización y certificación de servicios, originalmente industriales; y las normas IRAM del Instituto Argentino de Normalización y Certificación que en su carácter de Organismo Argentino de Normalización establece normas técnicas de aplicación de normas de calidad en las organizaciones y empresas.

En estos dos programas se agrupan todas las actividades que intervienen en el proceso global, destinado a asegurar el mejor nivel de calidad posible al menor costo económico y social, así como aquellas acciones destinadas a actualizar y adecuar la norma legal vigente.

El servicio nacional argentino de salud ha puesto la satisfacción de los usuarios-pacientes, como un objetivo de primer orden. En primer lugar, porque permite escuchar la opinión de los ciudadanos, sobre beneficios a recibir con los servicios de salud públicos y privados disponibles y cuando recurran a ellos, la seguridad relacionada con la eficiencia y eficacia de los que recibirán. En segundo lugar, porque la mensura de la satisfacción, es la medida del efecto que tiene como causa a la atención sanitaria derivada de la gestión de salud. En este sentido, se ha incorporado la calidad percibida como una línea de acción y evaluación, de todos los centros asistenciales y, los resultados obtenidos, son herramientas poderosas para conocer respecto de demandas y concreciones reales. El grado de satisfacción logrado, sirven para introducir planes de mejoras en modo concreto. Y en tercer lugar, porque permite monitorizar los cambios y las innovaciones de los servicios, haciéndolo desde una perspectiva hasta hoy inexplorada en lo concerniente a la demanda a gran escala en los servicios de salud pero, fundamentalmente, en la evaluación a partir de re-

³² <http://www.iso.org>. Internacional Organization for Standardization, en español: Organización Internacional de Normalización.

gistros relacionados con la experiencia asistencial informada por los usuarios.

A continuación se exponen los antecedentes históricos del término calidad, su conceptualización en el área de la salud y evaluación en los servicios asistenciales.

4.1.1) Antecedentes históricos del término calidad:

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria, es tan antigua como la misma humanidad, cuando un ser humano que sobrellevaba diversas dolencias o siniestros personales, ayudó a otro sufriente,. El ejercicio de la enfermería, es la mayor expresión de solidaridad. El hombre desde sus comienzos quedó preocupado para mejorar los cuidados de la salud. Con el tiempo, fueron encontrados hitos que se remontan a los papiros egipcios, en el código Hammurabi. La Ley del propio Hipócrates, es todo un compromiso de solidaridad entre los humanos, cuando alguien socorre a quienes caen en la debilidad derivada de enfermedades, conflictos deshumanizados y la misma pobreza donde hacen baza las pestes. En todos los casos buscar lo mejor para el paciente, es la esencia del ejercicio de la profesión de Enfermería, apareciendo así, el inseparable binomio Ética y Calidad. “La eficacia que presidió el trabajo de la enfermera Florence Nightingale, la obtuvo cuando consiguió disminuir la tasa de pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea así como también observar la efectividad de las intervenciones quirúrgicas. Estos intereses fueron fundamentales para Nightingale como para Codman a principios del siglo pasado, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.”³³

Abordar el tema de la calidad desde cualquier ángulo implica”...referirse a los llamados cinco grandes de la calidad, ellos son, *William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby*. Otros han surgido después y son de reconocimiento mundial, pero los aportes de estas cinco personas fueron los que más impacto ocasionaron”³⁴.

”*Deming*, desarrolló el Control Estadístico de la Calidad, demostrando en el año

³³<http://www.gestiopolis.com/.../la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-asociados.htm>. [F.C.:16/07/2010].

³⁴ Sitio cit.: <http://www.gestiopolis.com>.

1940, que los controles estadísticos podrían ser utilizados tanto en operaciones de oficina como en las industriales.

En 1947 fue reclutado para que ayudara al Japón a preparar el censo de 1951, y en esa época vivió los horrores y miserias de la postguerra y se concientizó de la necesidad de ayudar al Japón³⁵.

"En 1949, *Ishikawa*, se vincula a la UCIJ (Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses) y estudió los métodos estadísticos y el control de la calidad. Los pasos que siguió y que lo guiaron fueron:

1. Los ingenieros tenían que conocer los métodos estadísticos y cómo utilizarlos.
2. Como el Japón no tiene abundancia de recursos naturales sino que debe importarlos, era necesario que ampliara sus exportaciones con productos de alta calidad y bajo costo.
3. Consideró que la aplicación del control de la calidad podía lograr la revitalización de la industria y efectuar una revolución conceptual de la gerencia³⁶."En 1950 el director administrativo de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (UCIJ), *Kenichi Koyanogi*, lo convocó para que dictara unas conferencias sobre los métodos de control de la calidad a investigadores, directores de plantas e ingenieros. Para demostrar su aprecio por Deming, los japoneses establecieron en 1951 el Premio Deming. Estos logros de Deming en Japón no fueron reconocidos en los EEUU, donde no lo descubrieron hasta 30 años después³⁷.

La aplicación de estas ideas en salud se reflejó de manera inmediata. En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

"En 1954, *Juran* visitó por primera vez el Japón y orientó el Control Estadístico

³⁵ Sitio cit.: <http://www.gestiopolis.com>.

³⁶ Sitio cit.: <http://www.gestiopolis.com>.

³⁷ Sitio cit.: <http://www.gestiopolis.com>.

de la Calidad a la necesidad de que se convierta en un instrumento de la alta dirección. Ese propio año dictó seminarios a gerentes altos y medios. A partir de ese entonces hubo un cambio en las actividades del control de calidad en Japón. Juran señaló que el control estadístico de la calidad tiene un límite y que es necesario que el mismo se convierta en un instrumento de la alta dirección. Si sólo se hiciera como inspecciones de la calidad, estaríamos solamente impidiendo que salgan productos defectuosos y no que se produzcan defectos.”³⁸

Feigenbaum fue el fundador del concepto de Control Total de la Calidad (CTC) al cual define como “un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo y mantenimiento de la calidad, realizados por los diversos grupos de la organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes”³⁹.

Siendo la calidad tarea de todos en una organización, él temía que se convirtiera en tarea de nadie, entonces sugirió que el control total de la calidad estuviera respaldado por una función gerencial bien organizada, cuya única área de especialización fuera la calidad de los productos y cuya única área de operaciones fuera el control de la calidad, de ahí es que nacen los llamados Departamentos de Control de la Calidad.

Años más tarde, *Ishikawa* retoma el término de *Feigenbaum* de Control Total de la Calidad, pero al estilo japonés y prefiere llamarlo “control de calidad en toda la empresa”, y significa que toda persona de la empresa deberá estudiar, participar y practicar el control de la calidad”.

Otro de los grandes, *Crosby*, desarrolla toda una teoría basado fundamentalmente en que lo que cuesta dinero son las cosas que no tienen calidad, de todas las acciones que resaltan de no hacer las cosas bien desde la primera vez, de ahí su tesis de la prevención.

Comparte la idea de *Ishikawa* de que la calidad es la oportunidad y obligación de los dirigentes, y para lograr el compromiso por la calidad en la alta dirección,

³⁸ http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/.../historia_calidad.pdf. [F.C.:18/072010].

³⁹ Sitio cit.: <http://www.gestiopolis.com>.

desarrolló como instrumento el “cuadro de madurez” que permite realizar un diagnóstico y posibilita saber qué acciones desarrollar.

Estos autores y otros que dieron su aporte en estos temas, coinciden en un conjunto de ideas que son básicas para que la calidad tenga un carácter total, ellas son:

1. Esta filosofía es una tarea que tiene que ser impulsada por el número uno de la organización.
2. Es un problema de todos.
3. Tiene que estar orientada al consumidor.
4. Es un proceso de mejoramiento continuo.
5. Requiere de una educación permanente, tanto de dirigentes como de obreros.
6. Necesita de una medición permanente que identifique cuál es el costo del incumplimiento.

Una de las aportaciones más sustanciosas al estudio de calidad asistencial se debe a los conceptos vertidos por el autor Donabedian⁴⁰, quien identifica una serie de elementos que facilitan su análisis:

- a.- Componente técnico: como la expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza.
- b.- Componente interpersonal: expresión de la importancia, históricamente consensuada y actualmente comprobada por numerosos estudios multidisciplinarios de la necesidad de la armoniosa relación entre paciente y profesionales de la salud.
- c.- Componente correspondiente al entorno: como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que se ha

⁴⁰ [http:// www.gerenciasalud.com/art04.htm](http://www.gerenciasalud.com/art04.htm). Donabedian. [F.C.:16/05/2010].

denominado “las amenidades”.

Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución. Los mismos tienen como finalidad verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAHO los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud, comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM). Asimismo el gerenciamiento en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

Las tendencias vigentes sobre calidad de atención se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejoras, utilizando como herramientas básicas el rediseño como la re-ingeniería de procesos (método que consiste en la revisión y rediseño radical de los procesos para que la organización restablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de costos, calidad, servicio y rapidez adecuados) y la orientación al paciente, garantizándole la continuidad de los niveles asistenciales. Para ello, las decisiones clínicas se basarán en la evidencia científica, en la medida de lo posible, y la calidad formará parte de los objetivos asistenciales, en todos los niveles de la organización sanitaria.

4.1.2) Conceptualizando calidad:

La calidad (del latín *qualitat*), significa atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios, excelencia. En la actualidad existen numerosas definiciones dadas por estudiosos en el tema. Una de ellas, según la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC) es la siguiente: “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”. La evolución de la calidad en forma resumida y general ha tenido el siguiente desarrollo:

1. Calidad total enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los mismos clasificándolos como aprobados o rechazados.
2. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad del siglo pasado y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicas estadísticas para disminuir los costos de inspección.
3. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los '50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como los antes señalados.

La calidad como cultura empresarial se remonta a Japón, desde mediados del siglo pasado. La calidad como fin en sí mismo, se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso. Se debe alcanzar desde el primer intento, evitando desperdicio de costo en productos mal hechos, con todas sus consecuencias, la más importante: la pérdida de la confianza del cliente seguida de la pérdida del mismo.

4.1.3) Evaluación de la calidad asistencial:

La evaluación de la calidad asistencial tiene cuatro componentes: identificación, cuantificación, valoración y comparación. En consecuencia, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad es medirla, pero ¿cómo se puede medir algo tan intrínsecamente cualitativo, que incorpora juicio de valor sin caer en la subjetividad? Healy⁴¹ define la evaluación de calidad como la comparación de una situación previamente determinada como deseable, con la realidad, el análisis de los motivos de discrepancia y la sugerencia de los cambios para evitarlos, comprobando posteriormente su eficacia.

El abordaje más sistemático para el análisis de calidad de asistencia, se debe a Donabedian, autor que formuló, en el trabajo ya señalado, la más conocida clasificación de los métodos de análisis de la calidad de la asistencia:

- Análisis de la calidad de los medios: evaluación de la estructura.

⁴¹ Healy S. (1988). Health Care Quality Assurance. Terminology. *Int. J. Health Care Quality Assurance*.

- Análisis de la calidad de los métodos: evaluación de procesos.
- Análisis de la calidad de los resultados: evaluación de resultados.

Cuando se evalúa la calidad asistencial, se deben evaluar al mismo tiempo elementos de cada una de estas instancias, tanto de estructura, como de procesos y de resultados y la herramienta que permite lograrlo, son los indicadores, ya que ayudan a fijar la mirada en situaciones objetivas y medibles.

Elaborar indicadores supone previamente, elaborar criterios de calidad, los que podemos definir como aquellas condiciones deseables e indeseables, que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria. Un indicador, es una medida cuantitativa de la presencia-ausencia de criterio, que se expresa en forma de porcentaje o en valores absolutos (ej. 1 de cada 10.000). La selección de criterios e indicadores no debe ser una tarea de improvisación. Según Juran, “Son criterios adecuados, aquellos que han sido consensuados por los profesionales basados en evidencias científicas, que son realistas y sencillos en su formulación.”⁴²

Los indicadores son en general de tres tipos:

- a.- Indicador centinela: mide un proceso o resultado a menudo grave, indeseable y evitable.
- b.- Indicadores basados en índices: miden sucesos de la asistencia que requieren posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, si excede pre-determinados o si evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios e instituciones.
- c.- Indicador trazador: debe ser una categoría o condición diagnóstica típica de una determinada especialidad o de una institución que refleje de forma global la asistencia. Puede ser una patología de diagnóstico frecuente en la que las deficiencias de atención son comunes y susceptibles de ser evitadas logrando así el máximo beneficio al corregir los errores.

⁴²Juran, J.M. y Gryna, F.M. (1995). Análisis y Planificación de la calidad. Mc. Graw Hills. 3º edición. México.

La investigación de todos los componentes de un proceso asistencial por parte de las diferentes disciplinas ha transformado a la evaluación de la calidad en una estrategia de incalculable valor porque lleva a la mejora continua de la calidad asistencial.

4.1.4) Programa de calidad para un servicio asistencial:

El desarrollo de mejora de calidad de un hospital, es un proceso necesariamente, es un cambio en la forma de hacer las cosas, involucrando a todos los profesionales, impulsando el espíritu de equipo y compartiendo metas comunes.

Siempre es deseable que un programa de mejora en la calidad del servicio, se enmarque en el plan estratégico de calidad de la institución. Debe conservar como norte la orientación al paciente, considerando los tres pilares esenciales:

1.- Calidad científico-técnica o física: que hace referencia a la asistencia que el paciente está recibiendo. Representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en la evidencia científica. Sus jueces serán los avances técnicos y el juicio profesional.

2.- Calidad funcional e interactiva: que se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial: cómo se produce la interacción paciente-profesional. En este caso los jueces son los propios pacientes y su familia.

3.- Calidad corporativa: que corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y la población en general tienen de la institución. Sus jueces serán los clientes internos y externos.

Estas diferentes perspectivas de calidad, permiten abordajes metodológicos comunes: monitorización de indicadores, evaluaciones, gestión de procesos y grupos de mejora. De las tres anteriores, la perspectiva científico- técnica de la calidad, es la más familiar para los profesionales. Ellos están habituados a elaborar protocolos, a monitorizar aspectos de la práctica clínica o discutir pormenores de la misma en comisiones clínicas. Su desarrollo exige la elaboración de criterios e indicadores, de acuerdo con las recomendaciones ya mencionadas. La segunda empieza a ser más considerada en el ámbito profesional de salud, porque es frecuente encontrar mediciones de satisfacción de los pacien-

tes, en el planeamiento de los objetivos de las instituciones asistenciales. La calidad percibida, tiene su expresión en las encuestas de opinión que se realizan a los pacientes ingresados en los hospitales.

4.1.5) Definición de satisfacción del paciente

Pero realmente, ¿Qué es la *satisfacción del paciente*? ¿A qué se refieren los expertos cuando hablan de este tema? Para contestar a estas preguntas, primero se debe considerar el término satisfacción “como un elemento deseable e importante en la actuación médica y de enfermería, pero intuitivamente entendido por todos, sin que exista un acuerdo en su significado empírico”⁴³.

Algunos autores de gran influencia en el ámbito de la salud, identifican *satisfacción del paciente* con cantidad y calidad de la información que reciben y se basan en la comunicación del profesional de la salud con el paciente como oyente o receptor.

Otros, como Hulka y colaboradores⁴⁴, entienden que la *satisfacción del paciente* se concreta en la suma de los factores de satisfacción, con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar.

Desde una perspectiva estadística, Ware y colaboradores⁴⁵ definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente. Son ellos:

- La accesibilidad de los servicios.
- La disponibilidad de los recursos.
- La continuidad de los cuidados.
- La eficacia de los cuidados.
- El costo de los servicios.

⁴³ Pascoe G. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation Program Plan Special Issue* 1983; 6 (6): 185-418. Investigación y Educación en Enfermería - Medellín, Vol. XXII N.º 2, septiembre de 2004

⁴⁴ Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. *Med Care* 1970; 8 (4) : 429-435.

⁴⁵ Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988; 26(4): 393-402.

- La humanización de los servicios.
- La información al paciente.
- El acceso a la información.
- La competencia profesional del trabajador de la salud.
- El entorno terapéutico.

Por otro lado, Wolf y colaboradores⁴⁶ consideran tres dimensiones en la satisfacción del paciente:

1. Cognitiva: Cantidad y calidad de la información que ofrecen el médico y la enfermera.
2. Afectiva: Interés y comprensión que demuestran los trabajadores de la salud.
3. Competencia profesional: Habilidades y competencia clínica profesional del médico y de la enfermera.

Otros autores, como Feletti, Firman y Sanson-Fisher⁴⁷ construyeron un cuestionario de satisfacción que explora diez dimensiones. Son ellas:

1. Competencia en el dominio emocional.
2. Competencia en el dominio físico.
3. Competencia en relaciones interpersonales.
4. Médico y enfermera como modelos.
5. Cantidad de tiempo en las interacciones médicas y de enfermería.
6. Continuidad del cuidado percibido.
7. Tipo y calidad de la información.
8. Competencia técnica médica y de enfermería.

⁴⁶ Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The medical interview satisfaction scale. *J Behavior Medicine* 1978; 1 (3): 391-401.

⁴⁷ Feletti G, Firman D, Sanson-Fisher R. Patient satisfaction with primary-care consultations. *J Behavior Medicine* 1986; 9 (3): 389-399.

9. Percepción del paciente de su atención individual.

10. Entendimiento mutuo de la relación enfermera-paciente-médico.

Estos autores concluyen que las dimensiones más importantes que se deben considerar, son:

1. *Comunicación*: Explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes.

2. *Actitudes profesionales*: Los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes.

3. *Competencia técnica*: Habilidades y conocimientos propios de su profesión.

4. *Clima de confianza*: Ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con la enfermera y el médico sus sentimientos, preocupaciones y temores.

5. *Percepción del paciente de su individualidad*: Respeto mutuo cimentado en una relación empática.

Otros autores, como Linder-Pelz⁴⁸ consideran que, para afirmar qué causa la satisfacción a un paciente, es imprescindible antes definir el vocablo “*satisfacción*”; para este autor se trata de “una actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud”, entendiendo por actitud “una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones”.

Estas diferentes conclusiones de los autores hace necesario contar con instrumentos válidos y confiables, que puedan dar cuenta, de manera objetiva de aquellas dimensiones de la satisfacción que los trabajadores de la salud en este caso particular enfermería, consideran necesarias y que aportan información para la toma de decisiones.

En esta tesis se tomó como guía el instrumento Care Q⁴⁹ creado por la Enfer-

⁴⁸ Linder-Pelz S. Social psychological determinants of patient satisfaction. *Sociol Sciences medicine* 1982; 16 (5): 583-589.

⁴⁹ Care Q: “Caring asseement evaluation Q-“ Evaluation del chided.

mera Patricia Larson en 1993⁵⁰, validado para el habla española en el año 2008⁵¹, con un valor de confiabilidad de 88% a 97%.

Larson propone como marco del Instrumento, el concepto de cuidado de enfermería como: “las acciones intencionales que transmiten un cuidado físico, las intenciones emocionales en el que se proporciona un sentido de seguridad y confianza al paciente”⁵², con las siguientes dimensiones:

- 1- Accesibilidad.
- 2- Explica y facilita.
- 3- Conforta.
- 4- Se anticipa.
- 5- Mantiene relación de confianza.
- 6- Monitorea y hace seguimiento.

4.2) Características del lugar del caso de estudio:

El 12 de agosto de 1821, se crea la UBA, haciéndose cargo esta institución, de toda la educación impartida en la provincia de Buenos Aires: primaria, media y superior. La nueva Universidad presentaba el atractivo de ofrecer cursos más ilustrados y laicos, que los de la tradicional Universidad de Córdoba de origen colonial.

El HCJSM es una unidad académica de la Facultad de Medicina de la UBA, cuyo edificio se encuentra ubicado en la Av. Córdoba N° 2351, en el barrio Recoleta, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.).

Los orígenes del HCJSM”... se remontan a 1879, cuando se comenzó su construcción. Un año más tarde, fue escenario del conflicto de la federalización de la ciudad de Buenos Aires. Cuando la provincia fue vencida por tropas de la Nación, entregó el edificio a la Facultad de Medicina y con el tiempo se lo llamó

⁵⁰ Sitio cit: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>.

⁵¹ Cárdenas, Liliana y otros. Estudio piloto para validación del cuestionario Care Q, para medir la satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad del Bosque. Abril. 2008.

⁵² Sitio cit: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>.

*Hospital de Clínicas.*⁵³

La atención a la comunidad comenzó poco después del conflicto de 1880, momento en que Buenos Aires dejaba de ser una “gran aldea” y se desarrollaba como ciudad capitalina, gracias al auge del comercio exterior, el crecimiento agropecuario, la inmigración y la urbanización.

Desde los inicios a la fecha, recibe importante cantidad de pacientes que provienen del interior del país como del extranjero. Tanto en aquellos tiempos, como actualmente, el profesor titular es un cono de atracción de las cátedras y de la actividad de las salas del HCJSM.

Importantes hazañas de la medicina tuvieron lugar en los pabellones del HCJSM: “... la primera aplicación de la insulina, la descripción de la Enfermedad de Ayerza, el síndrome de Tobías, los síndromes de Castex, el primer cateterismo cardíaco, las primeras residencias médicas, el primer comité de ética, la cirugía experimental, las primeras punciones de riñón y las primeras toracotomías, entre otras. Recordados maestros de la medicina actuaron y dejaron sus enseñanzas en el HCJSM, centro de educación médica, de investigación y de excelencia docente.”⁵⁴

En la actualidad el HCJSM, tiene a su cargo la formación universitaria de aproximadamente 2000 alumnos de las principales cátedras de la Facultad de Medicina, y la educación de postgrado en residencias, concurrencias, becas, carreras de especialistas, *fellowships*, visitantes y pasantías.

4.2.1) Breve reseña de la U.T.I. del HCJSM:

La U.T.I. de Adultos del HCJSM, fue creada en la década de los años 60 del siglo XX y constituyó una de las primeras Unidades de Terapia Intensiva Polivalente de la Argentina. Desde su apertura se convirtió en un punto de referencia para la derivación de pacientes críticos, desde todos los lugares del país. Debido a las exigencias del desarrollo de la especialidad, se transformó en servicio, en la década del '70, contando a partir de ese momento con una estructu-

⁵³ Pérgola, F. y Sanguinetti, F. (1998). *Historia del Hospital de Clínicas*. Ediciones Argentinas Buenos Aires.

⁵⁴ [http:// www.hospitaldeclinicas.uba.ar](http://www.hospitaldeclinicas.uba.ar). [F.C.: 11/07/2010].

ra de dirección y funcionamiento médico-administrativo independiente.

Tiene como misión la asistencia de todo paciente crítico internado en la Institución, con excepción de la patología cardiovascular aguda. La formación de recursos humanos en la especialidad y el desarrollo de la investigación clínica en Medicina Científica. Se incluyen en esta misión, la implementación de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, tendientes al mantenimiento y recuperación de las funciones vitales y de todas las acciones necesarias de cuidados de enfermería y de otros miembros del equipo de salud que permitan el logro del mismo objetivo, habilitando la posterior rehabilitación física, psíquica y social del enfermo que ha sufrido riesgo inmediato real o potencial, de pérdida de la vida.

La misión y las estrategias globales como Institución dedicada a la asistencia médica, la formación de recursos humanos en medicina y la investigación básica clínica, obligan a definir el tipo de U.T.I., como de Nivel 1 y Docente, dentro de la clasificación del Ministerio de Salud de la Nación y de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, es decir una unidad de máxima complejidad. Sirve a la estrategia asistencial del HCJSM, contar con programas de soporte a los post-operatorios de cirugías complejas de todo tipo, incluyendo Cirugía General, Neurocirugía, Cirugía Ortopédica-Traumatológica, grandes Cirugías de Cabeza y Cuello, etc., un programa activo de atención de patologías médico quirúrgicas complejas, derivadas desde cualquier lugar del país y en algunas ocasiones desde el exterior. Las necesidades planteadas por la actividad hospitalaria de alcances tan vastos, ha exigido como estrategia del Servicio, la creación de programas especiales para apoyo asistencial y docente y el desarrollo de la investigación en áreas de complejidad específica, así se han establecido programas de:

- Neurointensivismo.
- Nutrición del paciente crítico que incluye alimentación enteral y parenteral.
- Calidad de atención.
- Infecciones y epidemiología de la unidad.

- Asistencia respiratoria, entre otras.

4.2.2) Estructura de la U.T.I. del HCJSM:

Se expone a continuación una breve descripción del ambiente físico, recursos humanos y tecnológicos de la unidad:

*Ambiente físico:

El servicio funciona en el 10º piso del edificio y cuenta con un total de 12 (doce) camas habilitadas.

La actividad asistencial de la Terapia Intensiva se desarrolla, con la distribución de las camas en dos salas:

1. Sala “3”: con siete camas habilitadas.
2. Sala “5”: con cinco camas habilitadas.

De acuerdo a la resolución 318/2001 y a las normas generales de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) el Servicio se encuadra según su clasificación, en “*Unidad de cuidados intensivos de 1.º nivel, con capacidad docente*”, es decir, un servicio que puede admitir patologías críticas de cualquier tipo y que cuenta con programas de educación continua del Recurso Humano, de especialización en Medicina Crítica, tanto sea mediante cursos o ateneos semanales y/o programas de residencia en Terapia Intensiva para Médicos y Kinesiólogos.

Cada sala consta de una estación para visión permanente por parte de enfermería, con importante luminosidad natural a través de amplios ventanales, que contribuyen a mantener la ubicación temporo-espacial de los pacientes.

Contiene además, dos equipos de aire acondicionado por sala. Entre una y otra sala existen espacios intermedios para la preparación de medicación; con piletas para el personal; depósito de insumos y fármacos.

Existen en ella varias áreas:

- _ 2 Office de enfermería.
- _ 2 Depósitos de equipos.
- _ 2 Depósitos de ropa y material de uso diario limpio (ropa, material quirúrgico, etc.).
- _ 1 Farmacia interna o depósito de medicamentos
- _ 2 Depósitos de material descartable.
- _ 2 Depósitos de ropa y material sucio, de desechos y chateros.
- _ Oficinas administrativas y/o de secretaría.
- _ 2 Salas de espera de familiares de los pacientes internados.
- _ Área de reunión de médicos de planta.
- _ Oficina de la Jefatura Médica.
- _ Oficina de la Jefatura de Enfermería.
- _ 2 Habitaciones de Médicos de Guardia dentro de la Unidad.
- _ 2 Cocinas para el personal.
- _ 2 Baños para el personal.
- _ Laboratorio.
- _ Sala de revelado de RX.

* Recursos Humanos:

-Recurso Médico:

El equipo médico está conformado por: 1 Director Médico de Terapia, 8 médicos coordinadores, 1 Jefe de Residentes, 8 residentes y 6 becarios que cubren las necesidades del servicio por medio de guardias de 24 horas. 6 residentes

de Kinesiología respiratoria que prestan servicio en guardias de 24 hs.

-Recurso de Enfermería:

Está conformado por: 1 supervisor de Enfermería, 1 jefe de Enfermería, 4 encargados de turnos y 56 enfermeros entre licenciados en enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería que desempeñan guardia de 7 hs. mañana y tarde, turno noche de 10 hs. y sistema de franqueros para sábados, domingos y feriados en turnos de 14 hs.

* Recurso Tecnológico:

- 4 Acondicionadores de aire SANYO High Efficiency.
- 1 Amplificador SIONIKA PA-150C.
- 5 Aspiradores Manuales ATMOS ATMOLIT 26.
- 17 Bombas Infusoras Continuas 3M A.V.I 270.
- 1 Bomba Infusora a Jeringa RAZEL A-99.
- 12 Camas DUCROM DUOMAT 1.
- 1 Camilla de Transporte Desmontable.
- 2 Camillas de Transporte Desmontable c/ porta-O₂.
- 6 Colchones Hidroneumáticos Hidron T-25.
- 1 Colchón de silicona, con almohadillas para talones y aro occipital.
- 2 Electrocardiógrafos Ascard.
- 1 Electrocardiógrafo Schiller.
- 1 Fibrobroncoscopio Olympus.
- 1 Fuente de Luz (Fibro) FL-101.
- 7 Humidificadores Fisher&Paykel MR410.

- 3 Humidificadores Puritan Bennett Cascade II.
- 2 Marcapasos Transitorio Bamec MP-20B.
- 7 Respiradores Evita.
- 4 Respiradores Maquet- servo-s.
- 4 Respiradores Drager – mod. Sevina.
- 1 Respirador Crossvent 4.
- 1 Respirador Bennett Portátil 2800.
- 1 Respirador Lifecare Portátil PLV.
- 1 Respirador Event Inspiration LS.
- 3 Testadores de Glucosa Abbott Precision QID.
- 1 Volumen Minuto Ohmeda SP-1445.
- 9 Monitores Multiparamétricos Philips.
- 8 Bombas de infusión Baxter.
- 10 Bombas de infusión Mac- mic.XL Care.
- 10 Bombas de infusión Life-care, puma. mod 4.
- 1 Monitor Multiparamétrico de traslado Mennem.
- 2 Monitores Hemodinámicos t Vigilant. Edwards-Lifescience.
- 2 Monitores Hemodinámicos Vigileo.
- 2 Equipos de Rayos Portátil.
- 3 Desfibriladores.
- 8 Monitores Multiparamétricos Cardiogen.

4.2.3) Procesos del Servicio de enfermería en la U.T.I. del HCJSM:

En una organización de servicio tal como se considera a la unidad de cuidados intensivos, el concepto de proceso "...abarca el conjunto de acciones que la estructura pone en marcha con el objeto de cumplimentar la misión del servicio. En particular, en la U.T.I., el proceso implica una serie de procesos concatenados"⁵⁵.

El proceso de la unidad surge como un árbol en el cual se interrelacionan diversos procesos tal como el de la atención médica, del cuidado de enfermería, el de las intervenciones de otros profesionales: kinesiólogos, nutricionistas, especialistas que originan la utilización de recursos materiales y horas de trabajo con la finalidad de mediar en la recuperación de los pacientes. A su vez, todos los insumos usados deben ser repuestos para continuar con el proceso asistencial. "Se suma así otro proceso a la unidad que es el administrativo que debe juzgar los costos en relación con la gravedad y complejidad de las patologías a fin de compararlos a la luz de resultados obtenidos en término de mortalidad, morbilidad, tiempo de internación, porcentaje de utilización de días, camas, etc."⁵⁶

En la U.T.I. del HCJSM, el proceso de atención de enfermería está basado en el PAE⁵⁷ y su inclusión dentro de la gestión clínica del cuidado:

En su práctica consta de cinco pasos:

- valoración: determinación de las necesidades en base a un paradigma de atención de enfermería.
- diagnóstico: identificación de los problemas a través del reconocimiento de los signos y síntomas presentes en cada necesidad valorada en el punto anterior.
- planificación: organización y solicitud de insumos necesarios para cada uno de los problemas identificados.
- ejecución: realización de los planes de acción y utilización de los insumos que se tuvieron en cuenta durante la planificación.

⁵⁵ Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2008). Terapia Intensiva .4º Edición. Ed. Panamericana. Pág. 908.

⁵⁶ Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. (2001). Terapia Intensiva. 3º Edición. Ed. Panamericana. Pág. 900.

⁵⁷ PAE: Proceso de Atención de Enfermería: método científico que permite al enfermero realizar planes de cuidados en forma directa e individualizada, de manera racional, lógica y sistemática.

- evaluación: valoración de las necesidades sobre los resultados de la ejecución, registro de las acciones y sus resultados.

4.2.4) Resultados en la U.T.I. del HCJSM:

Los resultados en la U.T.I., hacen referencia al “beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Pero también apunta a que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes”⁵⁸.

El Indicador sirve para medir la efectividad de la atención, el grado en que el cuidado otorgado al usuario produjo el efecto deseado, esto, a través de los resultantes que arrojan. Los indicadores son herramientas para evaluar los hechos clínicos que ocurren en una Terapia Intensiva, con una frecuencia observable y que exponen al paciente a un riesgo determinado. Además de los riesgos implícitos en el propio proceso patológico, existen otros indicadores que provienen de la co-morbilidad previa, de las complicaciones de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas y de un adecuado uso de los recursos humanos y materiales.

El análisis de los resultados que se obtiene en la U.T.I., ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, de enfermería y demás integrantes del equipo de salud, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías, como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

El control de calidad en una organización de servicios como es la U.T.I., es el paso imprescindible para asegurar que los cuidados sean brindados con eficiencia y aceptablemente de acuerdo con las expectativas de quien lo recibe, para no alterar la programación realizada para rescatar al paciente de la crisis de salud que lo llevó a la U.T.I..

El servicio de U.T.I. del HCJSM utiliza una serie de indicadores de calidad am-

⁵⁸ Op.cit. SATI. (2008). Pág. 890.

pliamente aceptados.

Los indicadores usados son, entre otros:

- Mortalidad.
- Mortalidad en pacientes con más de 48 hs. de estadía en U.T.I.
- APACHE II (All). El *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* es un sistema que permite cuantificar la gravedad de la enfermedad a través de la valoración de 34 variables fisiológicas, que expresan la intensidad de la enfermedad y, por tanto, el estado clínico del paciente.⁵⁹
- Mortalidad esperada por All.
- SAPS II. *Asimplified Acute Physiology score for ICU patients*: es un sistema de valoración de variables biológicas y clínicas que proporcionan riesgo de severidad y muerte.⁶⁰
- Mortalidad esperada por SAPS II.
- Días de Internación.
- TISS II. *Therapeutic Intervention Scoring system*: sistema de medida de las actividades de enfermería en la U.T.I.⁶¹
- Índice ocupacional.
- Tasa de Auto-extubación.
- Tasa de re-intubaciones.
- Tasa de Neumonía asociada al ventilador.
- Tasa de infecciones asociadas al uso de catéteres.
- Tasa de Neumotórax por baro o volutrauma.

⁵⁹ Op.cit. SATI. (2008). Pág. 1197.

⁶⁰ Op.cit. SATI. (2008). Pág. 1199.

⁶¹ Op.cit. SATI. (2008). Pág. 1199.

- Tasa de Neumotórax por accesos venosos centrales.
- Índice de readmisiones.

4.3) Atención sanitaria de Enfermería:

Dentro de las estructuras públicas, en la oferta de atención directa para el cuidado de la salud ciudadana, se encuentran los profesionales de Enfermería, quienes participan como miembros activos, integrando los equipos de salud con otros profesionales, tanto en los procesos de atención de enfermería autónomos o en colaboración directa. Los profesionales de Enfermería, realizan “funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como prevención de enfermedades.”⁶². Rol profesional que deben desempeñar con exigencias de gran calidad, tal como sugieren las normativas dadas por las diversas jurisdicciones del país que deben: “...garantizar un sistema integral, continuo, ético y calificado de cuidados de enfermería, acordes a las necesidades de la población para mejorar la salud de las personas, familia y comunidad.”⁶³

Los procesos autónomos por definición en las Ciencias de la Enfermería, son aquellos donde el profesional se desempeña como coordinador de los esfuerzos requeridos para la solución de la crisis de salud. En los procesos colaboración, desde el punto de vista profesional, la actividad de Enfermería esta facilitada, por ser dependiente e interdisciplinaria, teniendo en cuenta que con tales restricciones, la creatividad del enfermero está sumamente restringida. La solvencia profesional la pone de relieve cada enfermero, en los procesos autónomos, en los cuales el paciente queda a su cargo y debe esforzarse para que otros servicios participen a su pedido de intervención dentro de esa programación integral para resolver la crisis de salud. De esta manera, los resultados expresados por el paciente a través de su propia satisfacción, son los de mayor importancia para determinación de pautas de mejoras a incorporar en la gestión de los cuidados enfermeros, motivo de análisis en esta tesis.

⁶² Sitio cit.: [http:// www.legisalud.gov.ar/](http://www.legisalud.gov.ar/).

⁶³ Sitio cit.: [http:// www.legisalud.gov.ar/](http://www.legisalud.gov.ar/).

La situación del profesional de Enfermería implica un doble compromiso inmediato, ante sí mismo que es el más importante, como ante la comunidad. Gran parte de los procesos hospitalarios tienen como referente y actor imprescindibles, a profesionales de enfermería, haciendo que su rol esté siempre expuesto tanto a las miradas internas de la institución, como a las de los usuarios – receptores de sus cuidados- y de la comunidad en general. Esto obliga a considerar que la calidad de los cuidados de una institución es construida, también, en gran medida, por la doble satisfacción, primero la del paciente y después ante la comunidad a la que sirve.

Dentro del programa de Evaluación de la Calidad de los Servicios de Salud, regulados en la resolución ministerial 194/95, se dan normas claras sobre cómo se deben organizar los servicios de enfermería, para que su desempeño esté enmarcado en las políticas vigentes y con el nivel de calidad que desea lograr el sistema nacional de salud. Esta normativa expresa también, algunos sistemas de evaluación que permiten mantener un proceso de atención, dentro de los parámetros de calidad continua.

4.3.1) Proceso de atención de enfermería:

La atención de Enfermería siguiendo el pensamiento de Virginia Henderson, es “un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de los objetivos (resultados esperados) de forma eficiente”⁶⁴. El proceso consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, durante los cuales, se llevan a cabo acciones para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos para los pacientes según el nivel de salud que se pueda alcanzar.

En los cuidados enfermeros, se cumple con una interacción de la enfermería con la persona-usuario-cliente. A menudo no es un producto tangible, ya que es un cuidado profesional que se ofrece en el mismo momento de la interrelación. El producto es complejo, porque se brinda espontáneamente, en el momento de esa relación interpersonal. Es una relación de atención profesional de ayuda profesional humanitaria a la persona. Como ayuda humanitaria, está ba-

⁶⁴[http:// www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132...script=sci_arttext](http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132...script=sci_arttext). Teoría de Virginia Henderson. [F.C.:19/05/2010].

sada en conceptos humanistas, naturales en el enfermero y los que orientan la actividad profesional de planificación y ejecución de los cuidados. Para estos últimos, son considerados los intereses, ideales, valores y deseos de las personas, sujetos de los cuidados.

Los objetivos primarios, siguiendo a Henderson, de los cuidados enfermeros son:

- .- Prevenir la enfermedad y promover, mantener, restaurar la salud y lograr un fin de la vida apacible cuando la persona está en situación terminal.
- .- Permitir que las personas participen en el cuidado de su salud.
- .- Proporcionar cuidados de calidad y eficientes.

El desarrollo profesional se desarrolla a nivel científico, llevando a cabo investigaciones y conociendo las nuevas políticas, patrones y conceptos de salud que incluyen a la enfermedad. Así determina, la forma de prestar servicios de salud: fomento del bienestar, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación que se logran por medio de estudios transectoriales e interinstitucionales. De esta forma, el servicio de enfermería como producto (cuidado de enfermería a través de su proceso, intervenciones y acciones con calidad), se articula en el proceso productivo de la siguiente manera:

1. Estructuralmente produce recursos: personal, tecnología e infraestructuras.
2. La relación enfermera-paciente-sistema origina productos intermedios (recursos que el paciente utiliza): toma de muestras de laboratorio, administración de medicamentos, control de líquidos, etc.
3. La función de producción genera como resultado la aplicación de los recursos al paciente, rapidez en la recuperación y en el alta.
4. El análisis del propio centro como productor de salud da como resultado la utilización de las distintas unidades: consultas, urgencias, hospitalización, tomando indicadores como la estancia media y el índice de rotación de cama hospitalaria.

4.3.2) Cuidados enfermeros de calidad:

Los cuidados enfermeros son: de calidad, cuando dan las respuestas más adecuadas a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud; son proporcionados, teniendo en consideración, los recursos humanos y materiales de que se dispone; y son del nivel de desarrollo científico actual. Son adecuados cuando se logra el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al menor costo compatible.

Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por lo tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de eficacia y de calidad científico-técnica, en la práctica asistencial satisfaciendo por igual a administradores, profesionales y usuarios. Estos términos se encuentran definidos en las normas IRAM e ISO, y además el Doctor Lemus J.D., en su libro *Salud Pública*⁶⁵, los sintetiza así.

“Efectividad: resultado obtenido cuando el procedimiento es aplicado en condiciones habituales, con los medios disponibles, en la práctica real del día a día.

Eficiencia: es la relación entre los resultados alcanzados y los recursos utilizados, la medición del grado que puede alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo mínimo de recursos.

Eficacia: extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados”.

Enfermería es a menudo, el colectivo más numeroso del hospital, pues es el que tiene más contacto y durante más tiempo con sus clientes y, por lo tanto, más relación. Esto obliga a que sus actos sean siempre orientados por un proceso de atención planificado, con objetivos claros. De allí, la gran importancia de un modelo conceptual y la evaluación de la calidad sobre la base de elementos a investigar, siempre referidos a dicho modelo, así como el refuerzo de los principios teóricos y el soporte documental que sustentan la práctica enfermera, que en esta investigación son enfocados a partir del grado de satisfacción de los usuarios directos como son los pacientes e indirectos como es la

⁶⁵ Lemus, J.D. y Colaboradores. (2005). *Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud*. Argentina. Cides. Pág. 184.

ciudadanía. Ambos, paciente y ciudadanos, se pueden referir respecto del proceso productivo del servicio de enfermería, únicamente desde las expresiones de satisfacción concretada o esperada.

El interés de estar integrados en los programas de calidad institucional, radica no sólo en la búsqueda de errores sino en la identificación de las desviaciones y causas por las cuales se dan, como en el análisis, búsqueda de soluciones y propuesta de objetivos correctores para que los cuidados sean mejores. En esta tesis se tienen en cuenta particularmente también, los resultados positivos, para darles continuidad pues, razonablemente, lo que hay es bueno y perfectible. Es históricamente bueno y perfectible, desde los sobresalientes recursos humanos, siempre ávidos de mejoras.

Atender a la calidad de los cuidados profesionales llevará a la enfermería, a realizar una revisión sistemática y evaluación técnica de las prácticas con el propósito de mejorarlas mediante acciones correctivas. Esto supone plantearse una revisión que se debe realizar en etapas:

- .- identificar lo que se desea medir, detectando deficiencias u oportunidades y definiendo lo que se quiere lograr.

- .- realizar la medición: hacer el censo o baremo de medición y analizar los resultados.

- .- desarrollar planes operativos para corregir las desviaciones.

4.3.3) Evaluación de la acción enfermera:

Las acciones de enfermería, como todo acto profesional, se encuentran enmarcadas y reguladas por las leyes y reglamentos que uniforman su actuar profesional. Al desempeñar su rol en una institución sanitaria, sus actos están sujetos a la creatividad sujeta a las normas y protocolos dados por los servicios.

Varias razones sustentan la realización del control y evaluación de calidad del desempeño de Enfermería en una Institución:

- a.-Las exigencias de gestión.

b.-La demanda social.

c.-Los imperativos profesionales.

Vuori⁶⁶ y Donabedian⁶⁷ en un contexto general, indican también tres razones para el necesario control de calidad:

1. Motivos éticos y deontológicos: el valor social de la salud implica que con los medios disponibles se prestan los mejores servicios posibles.

2. Motivos sociales y de seguridad: la comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada. La información y formación de los ciudadanos ha ido cambiando y aumentando hacia su seguridad, ya que también como enfermos, exigen calidad en los servicios sanitarios. Esto implica en la cultura sanitaria, que exista el factor "error". Si en la empresa industrial los errores producen pérdidas, en salud, donde las pérdidas pueden ser dramáticas obliga a evitar los errores mejorando permanentemente la gestión enfermera, la que involucra a los niveles de dirección, control y de ejecución, optimizando el ejercicio de la profesión enfermera.

3. Motivos económicos: se precisa eficiencia, ya que los recursos son escasos y las necesidades son crecientes.

Los procedimientos de evaluación de las acciones enfermeras forman parte trascendente entre los utilizados en la atención global del hospital, aunque los específicos de la atención de enfermería, son:

a.- Las estadísticas cuantitativas relacionadas con los resultados de sus cuidados específicos.

b.- Las encuestas y entrevistas dirigidas al personal del hospital y / o pacientes. La entrevista bien diseñada es de estimable valor para evaluar la atención de enfermería. Este es el caso del método care-Q⁶⁸ descrito por Larson en 1981⁶⁹.

c.- La vigilancia de la actividad por un comité de observación, formado por en-

⁶⁶ Vuori, H.V. (1996). El control de calidad en los servicios de salud. Editorial Masson. México.

⁶⁷ Sitio cit.: <http://www.gerenciasalud.com...> Donabedian.

⁶⁸ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁶⁹ Sitio cit.: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>.

fermeras que recogen datos en forma aleatoria, de los cuidados observados, comparándolos con estándares previamente definidos.

d.- La auditoria de enfermería a partir del análisis retrospectivo de historias clínicas.

4.3.4) Cuidados de enfermería de calidad en la U.T.I.:

El cuidado de una persona que atraviesa una situación crítica de salud ha sido siempre un desafío para la enfermería, la historia da cuentas, como ya se mencionó, que Florence Nightingale, durante la Guerra de Crimea (1854), tuvo que hacer frente a las complejas necesidades de cuidado de quienes presentaban lesiones críticas que comprometían seriamente sus vidas, y en la actualidad constituye un reto para enfermería.

El proceso asistencial en la U.T.I., requiere del esfuerzo de un equipo interdisciplinario del cual la enfermera/o, se vincula mediante la inter-relación técnica y humanitaria, al afrontar la situación de crisis que experimentan no sólo los pacientes, sino también sus familias y el mismo equipo de salud.

La situación crítica de salud, según la definición de paciente que requiere de cuidados intensivos, es aquella realidad donde se presenta una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas. Es la confluencia de factores, que puede comprometer la supervivencia del paciente aún en su ignorancia, que puede ocurrir en modo repentino previsible objeto de cuidados especiales para evitarla o en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible, y que requiere de “apoyo vital” para sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación pone en peligro la vida.

En este marco, los conceptos, paciente crítico y apoyo vital, forman parte indisoluble del escenario de los cuidados intensivos y de la toma de decisiones que ocurren en este tipo de servicio, escenario donde inevitablemente se plantean situaciones bioéticas cada vez más complejas que exigen el diálogo y la acción interdisciplinaria para su estudio y decisión, situación donde la enfermera tiene una participación activa y fundamental, razón que exige a este profesional una preparación científica técnica adecuada, que reconozca al “cuidado” co-

mo su esencia y razón de ser y que considere a la “persona”, sujeto de atención, como un ser holístico, activo y trascendente.

Por otra parte, no debe dejarse de considerar el contexto actual donde se brinda el cuidado. El mismo está influenciado por el marcado avance científico tecnológico en general y en particular, por el de las ciencias biomédicas, que abre nuevos caminos y esperanzas, plantea nuevas modalidades de atención, utilización de nuevas terapéuticas, y genera inevitablemente conflictos que deben ser resueltos a la luz de toma de decisiones éticas.

Considerar estos aspectos a la hora de cuidar, es poner en evidencia la dimensión ética y de humanización que conlleva el cuidado de enfermería. Esto sobre todo, en un servicio de terapia intensiva donde es indispensable la utilización de alta tecnología, herramienta que muchas veces lleva a olvidar la verdadera esencia de la profesión enfermera y del destinatario de los cuidados.

El acto profesional de cuidar, supone etapas que, en general, se resumen en dos.

Una primera etapa, consiste en una valoración sistemática focalizada en patrones que comprometen los procesos fisiológicos desestabilizadores de la situación de salud de la persona. Aquí el rol de enfermería es netamente interdisciplinario.

En una segunda etapa, luego de haberse instaurado medidas de seguimiento y control, el rol de enfermería, es continuar con la valoración integral, ésta a los fines de identificar los problemas y necesidades del paciente, como de su familia, para buscar la manera estratégica de satisfacer esa evaluación.

“Este proceso de identificar las necesidades de la persona y su familia implica dominio de los conocimientos teóricos, experiencia práctica y conocimiento teórico-práctico del uso de la tecnología como un medio no como un fin; la interrelación de estos componentes son fundamentales para lograr satisfacer las ne-

cesidades identificadas.”⁷⁰

La atención de Enfermería en la U.T.I., además de cumplir una serie de prescripciones relacionadas con: el tratamiento que el paciente recibe, normas y reglamentos, su prioridad está enfocada hacia el logro de la satisfacción óptima de todos los problemas reales y/o potenciales, que el paciente presente y estos problemas contemplan, no sólo el aspecto físico, sino también el aspecto emocional, el afectivo y el espiritual.

Las acciones del profesional unifican técnica y humanismo, las que son evaluadas por los pacientes y sus familias. Como lo señala Larson⁷¹ al crear su encuesta modelo Care Q, esas acciones son las siguientes:

-Accesibilidad: hace alusión a comportamientos que son esenciales en la relación de apoyo y ayuda, administrados en forma oportuna: como es el acercarse al paciente dedicándole tiempo.

-Explica y facilita: en referencia a los cuidados que hace el profesional para dar a conocer al usuario, aspectos que son desconocidos o para entender su enfermedad, brindando información en forma clara.

-Conforta: son los cuidados que el profesional realiza a fin de que el paciente de U.T.I., se sienta cómodo en un entorno que favorezca el bienestar.

-Anticipación: son los cuidados de enfermería que tienen en cuenta las necesidades del usuario con el fin de prevenir complicaciones.

-Mantiene relación de confianza: son las acciones que realiza el profesional de U.T.I., para que el paciente tenga empatía con ellos. Están dirigidas en pro de su recuperación al hacerlo sentir como persona única, confiada, serena; tiene relación con la cercanía y presencia física del personal de enfermería hacia el paciente.

⁷⁰ Jims, A. y col. (2003). Manual de Enfermería en Cuidados Intensivos. 7º edición. España. Ed. Técnica Prayma.

⁷¹ Sitio cit.: <http://www.aquichan.unisabana.edu.co>.

-Monitorea y hace seguimiento: son las acciones de supervisión que realiza enfermería de U.T.I. a sus pacientes, para garantizar la calidad del cuidado, teniendo en cuenta que el enfermero debe conocer a cada paciente, tener dominio de conocimientos científico – técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación.

4.4) Los pacientes-clientes:

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios de salud, es una tendencia que aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado. Hablar de ciudadano, cliente, consumidor o usuario, tiene un significado diferente, a pesar de que los términos se utilicen indistintamente. La mayor parte de los ciudadanos son, reales o potenciales usuarios del sistema de salud.

Si bien el rango de intereses es muy amplio, los clientes centran sus intereses y expectativas de salud, en la relación más inmediata, en las atenciones y servicios que reciben de los profesionales. La tendencia actual debe ser la de reconocer en los ciudadanos, un nivel de autonomía muy superior al que el sistema de salud les ha dado hasta ahora. Los clientes no se comportan como entes pasivos, sumisos seguidores de órdenes que siguen las recomendaciones de los expertos. La población es más autónoma de lo que el sistema de salud ha creído hasta ahora. Vuori añade que “si se supone que los clientes son racionales y capaces de realizar opciones inteligentes sobre su estado de salud, existe el imperativo ético de involucrar a los mismos en el mejoramiento de la calidad de los servicios”⁷².

La pobre comunicación entre el cliente y el personal del hospital, es una de las principales consecuencias que explican la baja satisfacción en los servicios de la salud. Factores como: dolor en el cliente, fatiga por exceso de trabajo en el personal del hospital, mala organización y falta de recursos, dan como resultado que la comunicación entre el cliente y el hospital no sea la más adecuada.

A nivel hospitalario, la satisfacción de las necesidades de los clientes repercute en su recuperación y pronta mejoría. Con la globalización de los mercados, el

⁷² Op. cit. Vuori H.V.

bombardeo de productos y servicios de salud en los medios de comunicación: televisión, radio, prensa, e Internet, los retos a que se exponen las instituciones de servicios de salud, son cada vez más difíciles de enfrentar. En este contexto, la labor que realizan los hospitales día a día por el cuidado de sus clientes y la satisfacción de éstos, debe ser materia de análisis. Para ser competitiva, la labor hospitalaria debe medirse por la calidad ofrecida de los servicios. Por esta razón, se considera que medir el grado de satisfacción de los clientes con los servicios hospitalarios, es fundamental para las partes involucradas: el Gobierno y su política pública, los hospitales, los profesionales y el cliente, por ser en quienes recae todo el peso del sistema de salud.

4.4.1) Calidad desde el punto de vista del paciente-cliente:

La definición de satisfacción del cliente contempla sus necesidades reales o percibidas cuando son cubiertas o excedidas, y la calidad se apoya en esa percepción del usuario, en lo que él percibe como tal.⁷³

Los pacientes tienen opiniones acerca de la calidad de los servicios hospitalarios que reciben. El punto de vista de la satisfacción del paciente se expresa en nueve atributos⁷⁴ relacionados con el hospital. Estos son: buena asistencia al paciente, disponibilidad, buenos profesionales, buena reputación, equipamiento moderno, limpieza, comida adecuada, silencio, y administración pronta y correcta.

1.-Buena asistencia al paciente: esto significa fundamentalmente una buena atención por parte del personal de enfermería, que se muestre atento y comprensivo y que exprese preocupación personal por el paciente, y una comunicación eficaz por parte del profesional médico, con explicaciones en términos que el paciente pueda comprender.

2. Disponibilidad: los pacientes desean que el personal de servicio responda con prontitud cuando llaman a la enfermera o solicitan asistencia. La definición de este grado de prontitud cambia según la urgencia del problema del paciente.

⁷³ Gerson, Richard. (1994). Cómo medir la satisfacción del cliente. México. Grupo editorial Iberoamericano.

⁷⁴ Álvarez Baza, M.C. y col. Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional. [Revista de Calidad Asistencial Volume 22, Issue 5, September 2007. España.](#) Pág. 227-233.

3. Buenos profesionales: los pacientes piensan que un buen hospital es el que dispone de profesionales bien preparados, que están al día con las últimas tecnologías y procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Si el paciente está satisfecho con el personal es probable que también piense que se encuentra en un buen hospital.

4. Buena reputación: la reputación de un centro asistencial determinado se construye a partir de los comentarios personales realizados por los propios pacientes, sus familiares y amigos, y por las informaciones aparecidas en los medios de información. Hay que hacer notar que las noticias recogidas en los medios de comunicación pueden tener un impacto mucho mayor en los profesionales de la sanidad que en el público en general.

5. Equipamiento moderno: un hospital de calidad tendrá que disponer de equipos modernos, y de profesionales bien preparados para utilizarlos. Los pacientes no suelen ser capaces de evaluar si el equipamiento existente es el más moderno o no. Se fijan por lo tanto en la antigüedad del edificio como un indicador que refleja la calidad del equipamiento. Los pacientes asumen que un hospital que tiene un edificio nuevo probablemente disponga de equipos modernos.

6. Limpieza: todos los pacientes esperan que el hospital sea limpio.

7. Comida adecuada: los pacientes no suelen esperar que la comida de un hospital sea sabrosa. Por tanto, cuando reciben unos menús variados y apetitosos se muestran gratamente sorprendidos. Gran parte de los problemas relacionados con la insatisfacción respecto a la comida de un hospital tiene que ver con la generación de expectativas adecuadas. Los pacientes que han sido intervenidos recientemente no estarán conformes con ningún tipo de comida independientemente de cuál sea la capacidad culinaria del cocinero. Si esto no se le explica bien al paciente, siempre se mostrará insatisfecho con la comida que le sirven.

8. Silencio: los pacientes expresan con frecuencia su preocupación por no poder descansar o dormir lo suficiente a consecuencia del nivel de ruidos existentes por la noche.

9. Administración rápida y correcta: aunque parezca sorprendente, los pacientes esperan que los informes y las facturas se les presenten de forma rápida y correcta. Esperan que la información que en ellos se contiene sea clara, de forma que sean capaces de comprenderla.

El usuario de los servicios sanitarios se ha convertido en gran medida, en motor, eje y centro del sistema, debido al mayor protagonismo de los pacientes, y a un “nuevo” tipo de relación médico-paciente. Recientemente se aprobó la ley Nº 26.529 que reconoce los Derechos de los pacientes en todo el territorio nacional. La medición de los resultados de la atención sanitaria desde la perspectiva del paciente y su satisfacción, es un instrumento indicador de la calidad percibida.

4.4.2) Evaluación de cuidados de calidad según los pacientes –usuarios:

Los planes de calidad, al tener en cuenta la satisfacción del paciente como uno de los principales objetivos a conseguir, preconizan un mayor protagonismo de éstos y desarrollan un nuevo tipo de relaciones médico-paciente, evaluando los resultados de la atención sanitaria desde la perspectiva de éste.

El ciclo de la satisfacción del cliente consistiría en conocer sus necesidades, identificar las expectativas, establecer objetivos concretos, cuantificar y analizar los resultados, traducirlos al lenguaje interno y hacerlos presentes en toda la empresa, desplegando los objetivos a todos los niveles. Por otro lado, parece inherente al concepto de satisfacción el de expectativa, dado que el grado de satisfacción no depende sólo de la prestación de los servicios, sino también del logro de sus anhelos, porque tendrá más satisfacción cuando dichos servicios reúnan o sobrepasen las características que esperaba. No es así cuando la expectativa del paciente es baja o está acostumbrado a tener un acceso limitado a los servicios, ya que puede no percatarse del nivel real de calidad y estar recibiendo servicios deficientes.

El método más utilizado para la medición, son las encuestas de opinión, que permiten detectar aspectos susceptibles de mejoras, necesarias frente a insuficiencias o disconformidades y así elevar la calidad de los servicios. De este modo, se logra conseguir la excelencia clínica y la satisfacción de las expecta-

tivas de los pacientes/clientes.

En relación a los factores que determinan la satisfacción de los pacientes, parecen importantes aquellos que tienen que ver con la calidad de la información que reciben sobre su enfermedad en especial, la relacionada con los riesgos del diagnóstico y del tratamiento. Conocido el diagnóstico, el enfermo requiere saber respecto de las instrucciones a seguir tras su alta en el hospital y la información de las pruebas diagnósticas realizadas. Es un aspecto importante en la relación entre el médico y el paciente, la información adecuadamente suministrada por los profesionales de la salud, respecto de los riesgos, pues sobre estos el paciente prestará su consentimiento. El conocimiento del nombre de los profesionales sanitarios, el tiempo dedicado a la consulta, la espera previa y las dificultades para la citación, son las necesidades de mejoras más expresadas en los reclamos que realizan los usuarios.⁷⁵

Los instrumentos y mecanismos de recolección de información, indican lo que opinan los usuarios relacionado con las necesidades y sus expectativas en cuanto se han materializado, expresándose mediante las encuestas de opinión. Estas encuestas, contemplan preguntas cerradas cuantitativas y/o semi-estructuradas cualitativas, de los dominios propios a evaluar, por ejemplo: admisión, tareas del médico, tareas de las enfermeras, servicios generales o evaluación global de la institución.

La evaluación mayormente difundida, es el empleo de cuestionarios de opinión que exploran las actitudes de los pacientes. Estas encuestas varían desde preguntas abiertas y generales, hasta otras estructuradas y ponderadas. Dentro del formato típico de estos cuestionarios se encuentran enunciados con respuestas graduadas que van desde “totalmente de acuerdo”, hasta “totalmente en desacuerdo”. Sin embargo, cabe señalar que las dimensiones evaluadas dependen del interés de los investigadores.

Las encuestas de satisfacción del paciente se dividen, conforme a si evalúan un contacto puntual con el personal de salud, o con la atención global de un servicio durante su estancia hospitalaria.

⁷⁵ Sousa Díaz, G. Curarse en la Argentina es una odisea para el paciente. Diario Clarín, 11 de marzo de 2010. Edición impresa.

La finalidad de estas encuestas no se reduce sólo a la obtención de opiniones de pacientes y usuarios, para saber hasta qué punto están satisfechos con los servicios sanitarios públicos que reciben. Estas encuestas sirven para establecer objetivos en la gestión del sistema. Mediante ellas se fijan las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción, cuando son significativamente bajos, y resolviendo los problemas causantes de las valoraciones negativas. De esta manera, la evaluación desde la perspectiva de los usuarios, no queda en un mero registro del grado de satisfacción o insatisfacción que existe con estos servicios públicos, sino que en muchas ocasiones, las evaluaciones de políticas públicas generan verdaderos cambios y avances.

4.4.3) Los usuarios de la U.T.I. del HCJSM:

La SATI⁷⁶ define al usuario específico de las U.T.I. de la siguiente manera:

“a) Paciente Crítico: es el que presenta una condición de inestabilidad fisiológica, en la cual, pequeños cambios funcionales los pueden llevar a un serio deterioro global, con daño orgánico irreversible o muerte.”

“b) Paciente con Riesgo Potencial de Vida: son aquellos con complicaciones serias y prevenibles, sobre todo luego de terapéuticas invasivas, quirúrgicas o de recibir tratamientos especiales...”

La internación en la U.T.I. se produce por derivación de la guardia hospitalaria o de las necesidades de las especialidades de internación. La internación se realiza después de un sistema de clasificación y selección hecho en la U.T.I., de aquellos pacientes que realmente se beneficiarán de este apoyo avanzado, aceptando o derivando los pacientes que no requieran de cuidados intensivos. Muchas veces se confunde cuidados intensivos, con cuidados especializados.

El objetivo específico de esta clasificación es acercarse de la manera más objetiva posible, a un procedimiento para lograr un acuerdo entre el equipo médico de la unidad de cuidado intensivo y el grupo tratante del paciente, acerca del tipo de terapia que éste necesita.

Para efectos de selección, los pacientes son ubicados en uno de tres grupos, a

⁷⁶ Op.cit. SATI. (2008). Pág.45.

saber⁷⁷.

-Prioridad 1: pacientes que necesitan tratamiento intensivo inmediato, y que por su estado pre mórbido o por su enfermedad actual tienen posibilidades de recuperación. Ejemplos: insuficiencia ventilatoria aguda en paciente previamente sano, politraumatismo, inestabilidad hemodinámica por sepsis, complicaciones del embarazo, parto o puerperio, post-quirúrgicos, entre otros.

-Prioridad 2: pacientes que necesitan monitorización continua, porque están en riesgo de llegar a necesitar tratamiento intensivo. Ej.: evento coronario agudo, pacientes con enfermedad cardiovascular de base que van a ser sometidos a cirugía mayor o que cursan alguna enfermedad aguda grave.

-Prioridad 3: pacientes terminales o con enfermedades crónicas o agudas no recuperables, y que cursan con alguna complicación que amerita tratamiento intensivo, como taponamiento cardíaco por metástasis, obstrucción de la vía aérea que requiera intubación oro traqueal, necesidad de soporte inotrópico, etc.

En el área crítica del HCJSM se recibe a pacientes adultos, de ambos sexos. Los pacientes que ingresan tiene cobertura social pública o privada: modalidad de cápita de PAMI, obras sociales gremiales, prepagas, obras sociales nacionales, provinciales, también se reciben pacientes de otros países de la región latinoamericana.

⁷⁷ Op. cit. SATI. (2001). Pág. 48.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

5) Objetivos

5.1) Objetivo general

Describir y comparar el grado de satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería de U.T.I. del HCJSM de la UBA en el período marzo a junio de 2011.

5.2) Objetivos específicos

1. Describir las características generales que presentan los pacientes en la U.T.I.
2. Describir cada una de las dimensiones de la escala grado de satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería (Accesibilidad⁷⁸, Explica y facilita, Conforta, Se anticipa⁷⁹, Mantiene relación de confianza, Monitorea y hace seguimiento).
3. Comparar cada una de las dimensiones de la escala “grado de satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería” y el “grado de satisfacción global” con cada uno de las propiedades que poseen los pacientes (sexo, edad, nivel educativo, lugar de internación, acompañado, cobertura médica, días de internación, motivo de internación, anterior internación en U.T.I., elección del lugar de internación).
4. Proponer a partir de los resultados recomendaciones de gestión utilizable en la U.T.I. del HCJSM para mejorar los cuidados de enfermería.

6) Hipótesis

El grado de satisfacción de los pacientes sobre la calidad de los cuidados de enfermería que recibió en la U.T.I. será alto y constante más allá de las características de los pacientes.

⁷⁸ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁷⁹ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

7) Metodología

7.1) Tipo de trabajo

El presente trabajo es un estudio observacional descriptivo y transversal con abordaje cuantitativo. Descriptivo porque describe cuál es el grado de satisfacción con el cuidado de enfermería, y transversal porque se realizó la recolección de los datos una sola vez, en el período marzo a junio de 2011, en el HCJSM. El abordaje cuantitativo se reflejó en determinar el grado de satisfacción de los pacientes, en porcentajes.

7.2) Unidad de análisis:

La unidad de análisis de la investigación, es cada uno de los pacientes-usuarios de la U.T.I. del HCJSM en el período marzo a junio del Año 2011.

7.3) Variables:

El estudio cuenta con las siguientes variables⁸⁰:

a.- Características socio-demográficas de pacientes de U.T.I.:

-Edad: en años.

-Sexo: femenino o masculino.

-Nivel de escolaridad:

Sin escolaridad.

Hasta Primario incompleto.

Primario completo.

Secundario incompleto.

Secundario completo.

Terciario incompleto.

⁸⁰ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

Terciario completo.

Universitario incompleto.

Universitario completo y más.

-Servicio en el cual se encuentra internado: cardiología, clínica general, cirugía torácica, cirugía vascular, gastroenterología, ginecología-obstetricia, inmunología, neumonología, neurología, oncología, trasplante de médula, trasplante hepático, traumatología, urología.

-Acompañado con familiares: si – no.

-Tipo de cobertura en salud: PAMI, obra social, prepaga, sin cobertura, particular.

b.- Características de internación en Terapia

-Motivo de internación:

Politraumatismo.

Post-quirúrgico Complicado.

Sepsis.

Por monitoreo.

Descompensación hemodinámica en piso.

-Estadía en U.T.I.: en días.

Hasta 2 días.

3 días.

4días.

5 días.

6 días.

Entre 7 y 10 días.

Entre 11 y 15 días.

Entre 16 y 30 días.

Entre 31 y 60 días.

Entre 61 y 90 días.

Más de 91 días.

-Anterior internación en U.T.I.: cantidad de veces que estuvo internado en U.T.I.

Ninguna vez

Una vez.

De dos a tres.

Más de tres.

-Elección del lugar de Internación: si - no.

c.- Escala Grado de Satisfacción con respecto a las acciones de enfermería:

Se utilizó como guía para la elaboración de este Instrumento el cuestionario creado por Patricia Larson, se realizó una adaptación de las preguntas a la realidad del ámbito de circuito cerrado como es el de U.T.I. Quedó conformado con 35 ítems agrupados en seis dimensiones. Para la valoración de estos ítems se elaboró la siguiente escala:

1. Nada satisfecho: el paciente expresa que tiene niveles bajísimos de satisfacción con los cuidados recibidos.
2. Poco satisfecho: el paciente expresa que tiene niveles intermedios de satisfacción con los cuidados recibidos.

2. Satisfecho: el paciente expresa que los cuidados recibidos es lo que esperaba.
4. Bastante Satisfecho: el paciente expresa sentirse satisfecho en un grado más alto de lo que esperaba con los cuidados de enfermería.
5. Altamente Satisfecho: el paciente expresa que los cuidados de enfermería recibidos exceden su plena satisfacción.
6. No sabe/No contesta: el paciente expresa no saber evaluar los cuidados recibidos.

d- Dimensiones de las acciones de enfermería

1-Accesibilidad:(3 preguntas) hace alusión a comportamientos que son esenciales en la relación de apoyo y ayuda, administrados en forma oportuna: como es el acercarse al paciente dedicándole tiempo.

1. Cuando la enfermera se aproximó a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor, Usted se sintió:
2. Cuando la enfermera se acercó a usted con frecuencia para verificar su estado de salud, Usted se sintió:
3. Cuando la enfermera respondió cada vez que necesitó llamarla, Usted se sintió:

2-Explica y facilita:(4 preguntas) en referencia a los cuidados que hace el profesional para dar a conocer al usuario aspectos que son desconocidos o para entender su enfermedad, brindando información en forma clara.

1. Cuando la enfermera le informó sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad, Usted se sintió:
2. Cuando la enfermera le enseñó cómo cuidarse a sí mismo, Usted se sintió:
3. Cuando la enfermera le sugirió preguntas para que formule a su doctor cuando lo necesite, Usted se sintió:
4. Cuando la enfermera fue honesta con usted en cuanto a su condición de salud, Usted se sintió.

3-Conforta:(9 preguntas) son los cuidados que el profesional realiza a fin de que el paciente de U.T.I. se sienta cómodo en un entorno que favorezca el bienestar.

1. Cuando la enfermera probó diversas técnicas para que pudiera descansar cómodamente, Usted se sintió:
2. Cuando la enfermera lo motivó a identificar los elementos que lo inquietaban, Usted se sintió:
3. El trato que usó la enfermera al atenderlo en medio de una situación difícil lo hizo sentir:
4. La actitud tranquila y serena de la enfermera lo hizo sentir:
5. Cuando la enfermera se acercó a usted para entablar una conversación, lo hizo sentir:
6. Las veces que la enfermera estableció contacto físico cuando usted necesitaba consuelo, lo hizo sentir:
7. La actitud de escucha y atención que le brindó la enfermera cuando usted la requirió lo hizo sentir:
8. El modo de hablar que la enfermera usó toda vez que se acercó a usted, le hizo sentirse:
9. Cuando la enfermera involucró a su familia en su cuidado, usted se sintió:

4-Se anticipa: (7 preguntas) son los cuidados de enfermería que tienen en cuenta las necesidades del usuario con el fin de prevenir complicaciones.

1. Cuando estaba agobiado por su enfermedad la enfermera acordó con usted un nuevo modo de cuidado y Usted se sintió:
2. Cada vez que vio a la enfermera pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud, Usted se sintió:
3. El interés que mantuvo la enfermera en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica en su salud, lo hizo sentir:
4. El momento que eligió la enfermera para hablarle sobre los cambios en su situación

de salud, lo hizo sentir:

5. Cuando la enfermera estuvo con usted realizándole algún procedimiento se concentró única y exclusivamente en usted y lo hizo sentir.

6. Cuando la enfermera le ayudó a establecer metas razonables, Usted se sintió:

7. Toda vez que la enfermera concilió con usted antes de iniciar un procedimiento o una intervención, Usted se sintió:

5-Mantiene relación de confianza: (5 preguntas) las acciones que realiza el profesional de U.T.I. para que el paciente tenga empatía con ellos las cuales están dirigidas en pro de su recuperación, al hacerlo sentir como persona única, confiada, serena; tiene relación con la cercanía y presencia física del personal de enfermería hacia el paciente.

1. Cuando la enfermera lo incluyó, siempre que fue posible en la planificación y manejo de su cuidado, Usted se sintió:

2. Cada vez que la enfermera le permitió expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento, Usted se sintió:

3. Cada vez que la enfermera lo identificó y lo trató como una persona individual, Usted se sintió:

4. El acercamiento que la enfermera mantuvo con usted, lo hizo sentir:

5. Cuando la enfermera se presentaba e identificaba, lo hizo sentir:

6-Monitorea y hace seguimiento: (7 preguntas) son las acciones de supervisión que realiza enfermería de U.T.I. a sus pacientes, para garantizar la calidad del cuidado, teniendo en cuenta que debe conocer a cada paciente, tener dominio de lo científico –técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación.

1. Cuando la enfermera le realizaba procedimientos y verificaba su cumplimiento, Usted se sintió:

2. Al ver a la enfermera cómo se organizaba en relación a su trabajo, Usted se sentía:

3. La seguridad y calma de la enfermera a proporcionarle cuidados, lo hizo sentir:

4. Cuando la enfermera identificó que era necesario llamar al médico, Usted se sintió:

5. Cuando la enfermera le preguntaba datos sobre su estado, le hizo sentir:

6. La frecuencia con que la enfermera lo controlaba y evaluaba después de superar su estado crítico, lo hizo sentir:

7. La actitud con que la enfermera se acercaba a evaluarlo, lo hizo sentir:

e- Relación entre variables

Se considerará para el análisis las variables Características socio-demográficas de pacientes de U.T.I. y características de la internación en U.T.I. como variables independientes y la escala grado de satisfacción y sus dimensiones como variables dependientes.

7.4) Población⁸¹ y muestra:

7.4.1) Población de referencia:

Pacientes que se encuentran en las distintas áreas de internación del hospital y han estado internados en la U.T.I. del HCSM de la UBA, en el período marzo a junio de 2011.

7.4.2) Muestra:

La muestra estuvo conformada por 100 pacientes que han estado internados en la U.T.I. de Cuidados Intensivos del HCJSM de la UBA en el período marzo a junio de 2011. La muestra fue no probabilística e intencional o de juicio.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años que hayan cursado más de dos días de hospitalización en la U.T.I.
- Pacientes sin alteración del estado de conciencia y que no estén bajo efectos de sedación y/o psicotrópicos, con capacidad física y mental para contestar el instrumento del relevamiento de la presente investigación.
- Pacientes que se encuentren internados en otros servicios del HCJSM de

⁸¹ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

la UBA.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con alteración del estado de conciencia (Glasgow⁸² menor de 15/15).
- Pacientes bajo efectos de sedación y/o psicotrópicos
- Pacientes que voluntariamente deciden no participar en el estudio.
- Pacientes con trastornos del lenguaje.
- Pacientes a quienes su estado de salud les impide concentrarse.

7.5) Técnicas e instrumentos

7.5.1) Estrategia: cuantitativa.

La técnica elegida para llevar a cabo la investigación del grado de satisfacción con los cuidados de enfermería en U.T.I. fue la técnica de Encuestas. Y el instrumento que se utilizó consistió en un Cuestionario estructurado, con opciones de respuestas cerradas. La escala de Lickert⁸³, expresa el grado de satisfacción de los pacientes encuestados con los cuidados de enfermería.

El instrumento constó de las siguientes partes y se aplicó dos estrategias de recolección de datos.

- Datos obtenidos a través de las historias clínicas de los pacientes y volcados en un cuestionario cerrado. Características socio-demográficas de los pacientes a encuestar: edad, sexo, escolaridad, si se encuentra acompañado y tipo de cobertura. Además del motivo de internación en U.T.I., cantidad de días de internación, servicio en el que se encuentra internado, anterior internación en U.T.I. del HCJSM, posibilidad de elección de lugar de internación.
- Escala de Likert, que se aplicó en una encuesta cara a cara con el paciente.

⁸²Escala de gravedad de los estados de coma, basada en la respuesta ocular, verbal y motora de enfermos ante los estímulos del medio, con una gradación que disminuye de 15 a 3.

⁸³Es un tipo instrumento de medición o recolección de datos: consiste en un conjunto de ítems bajo la forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se solicita la reacción (favorable o desfavorable, positiva o negativa) de los encuestados.

La misma registró el grado de satisfacción de los pacientes con los cuidados de enfermería recibidos. A saber: accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento.

La escala consistió en diferentes niveles de satisfacción:

nS.: nada Satisfecho.

pS.: poco Satisfecho.

S.: Satisfecho.

bS.: bastante Satisfecho.

aS.: altamente Satisfecho.

Ns/Nc.: No sabe /No contesta.

7.5.2) Plan de análisis.

Siguiendo las recomendaciones que dan los autores Margot Romano Yalour y Federico Tobar, se enuncia que al realizar la prueba piloto del Instrumento creado para esta investigación se tenga en cuenta: “[...] hacer una prueba piloto a fin de verificar la calidad de las preguntas, su grado de comprensión, la disposición de las personas para responder y las reacciones de los entrevistados /encuestados frente al tema sobre el que se va a interrogar, el tiempo de la entrevista, la claridad de las instrucciones y las dificultades con que se enfrenta el investigador.”⁸⁴

La prueba piloto se efectuó con la finalidad de perfeccionar el instrumento, verificando la calidad de las preguntas que conforman la encuesta. Se aplicó a 10 pacientes que cumplieron las características de inclusión y exclusión expresadas. Analizadas la calidad de esas preguntas se realizaron modificaciones al cuestionario inicial que consistieron en ajuste del lenguaje y disminución del número de preguntas de tal modo que el instrumento no planteara inconvenientes en la recopilación e interpretación posterior.

⁸⁴Romano Yalour, M. y Tobar, F. (1999). ¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud? 2º ed. Buenos Aires. Isalud.

Se realizó la recopilación de los datos del instrumento en dos etapas: en primer lugar datos de las características socio-demográficas de los pacientes que se extrajeron de la historia clínica, y en un segundo momento se aplicó la Encuesta de satisfacción propiamente dicha a los pacientes que respondían a las condiciones de inclusión y exclusión de la muestra. La encuesta se administró a cada paciente en los servicios de internación, dentro de la semana posterior a su egreso de la U.T.I. Además se permitió a los acompañantes de los pacientes que se encontraban en el momento de la entrevista- encuesta, presenciaren la misma.

Después de la aplicación de las encuesta a 100 pacientes, tal como se había proyectado, se utilizó el software estadístico Spss para analizar los datos de las variables con sus dimensiones, cruce de variables, muestra de resultados en gráficos⁸⁵ y tablas⁸⁶. Posteriormente fueron analizados e interpretados continuando después con la discusión de resultados y conclusiones.

7.5.3) Estrategia para analizar los resultados:

Los resultados de las características socio-demográfica de la muestra se presentarán en tablas y gráficos con los porcentajes válidos dados por la aplicación de los programas informáticos. A las variables edad, nivel de escolaridad, y días de estada en la U.T.I., se las reagrupó a fin de apreciar mejor los resultados de las asociaciones en el análisis bi-variado.

Para la interpretación de los resultados de las categorías de los cuidados de enfermería, se estableció una escala de 1 a 6, en el cual 6 era altamente Satisfecho. Luego se procedió a reagrupar los resultados en tres categorías como se indica en la próxima tabla.

⁸⁵ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁸⁶ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

Tabla N° 1: Criterio de agrupación de resultados por dimensiones de cuidados de enfermería. (Escala en puntajes obtenidos).

	Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados
1. Insatisfecho	0 - 5	0 - 7	0 - 17	0 - 13	0 - 9	0 - 13	0 - 69
2. Satisfecho	6 - 8	8 - 12	18 - 31	14 - 22	10 - 16	14 - 22	70 - 116
3. Muy Satisfecho	9 - 12	13 - 16	32 - 36	23 - 28	17 - 20	23 - 28	117 - 140

Tabla de elaboración propia. Año 2011.

Se realizó la presentación de los datos en tablas, con los porcentajes válidos de cada una de las dimensiones con sus categorías y gráficos que resultan del reagrupamiento de las respuestas según Tabla N° 1, con la finalidad de clarificar la presentación de los resultados.

CAPÍTULO III: DATOS Y RESULTADOS

8) Presentación y análisis de datos.

Los datos obtenidos después de la aplicación fueron analizados utilizando los programas informáticos Epi-info y Spss. Primero se realizó un análisis estadístico con las características socio-demográficas de la muestra, estableciendo los resultados en porcentajes, se sacaron los valores medios⁸⁷, mínimos⁸⁸ y máximos⁸⁹, con el desvío estándar. Y se representaron los resultados en gráficos. Posteriormente se realizó un análisis de las respuestas obtenidas de la aplicación de la encuesta propiamente dicha expresando en porcentaje el grado de satisfacción de cada ítem relevado.

8.1) Caracterización de la muestra.

Los datos analizados están presentados como tablas de la N° 2 a la N° 11 y en los gráficos N° 1 al N° 10, siguiendo criterios de la caracterización de la muestra que ofrecen esas tablas y su representación gráfica.

Se aclara que las categorías no consignados en las diferentes presentaciones, tanto tablas como gráficos, no obtuvieron valores (0), por lo cual se tomó la decisión metodológica de no presentarlos (tipo de cobertura que poseen los pacientes). Siendo cero (0), aquellos valores, son innecesarios representarlos gráficamente, pues no aportan elementos a clarificar mediante un esquema.

⁸⁷ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

⁸⁸ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

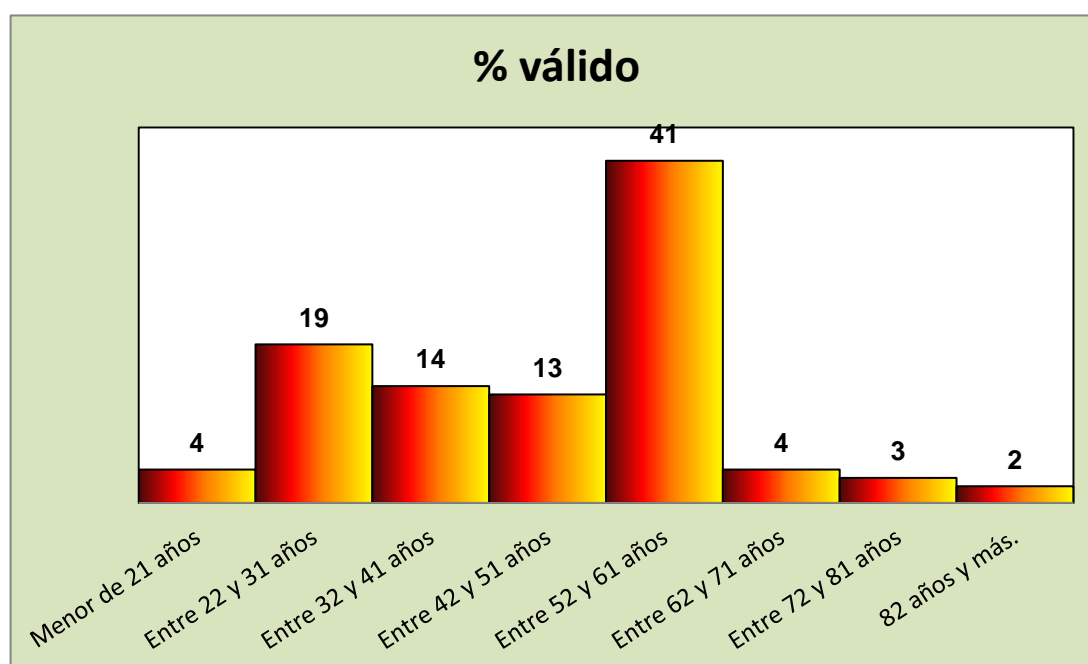
⁸⁹ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

Tabla N° 2: Grupo etario de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.

Edad	% válido
Menor de 21 años	4
Entre 22 y 31 años	19
Entre 32 y 41 años	14
Entre 42 y 51 años	13
Entre 52 y 61 años	41
Entre 62 y 71 años	4
Entre 72 y 81 años	3
82 años y más.	2
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 1: Grupo etario de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

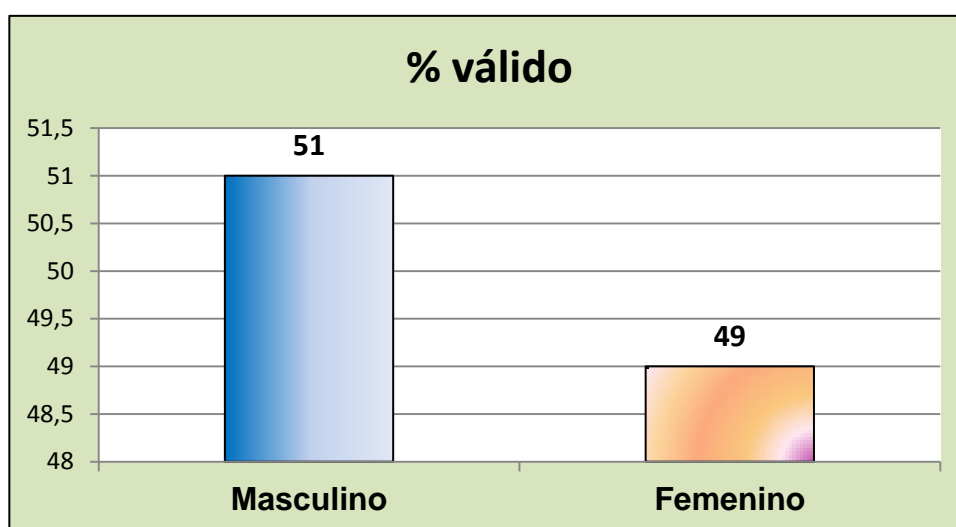
La Tabla y el Gráfico reflejan el porcentaje de pacientes según grupos de edades, de los cuales el paciente más joven tenía 18 años y el de mayor edad que participó en este estudio tenía 84 años. El 41 % de los pacientes tenía entre 52 años y 61 años, mientras que el 50 % tenía menos de 52 años.

Tabla N° 3: Sexo de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.

Sexo	% válido
Masculino	51
Femenino	49
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 2: Sexo de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

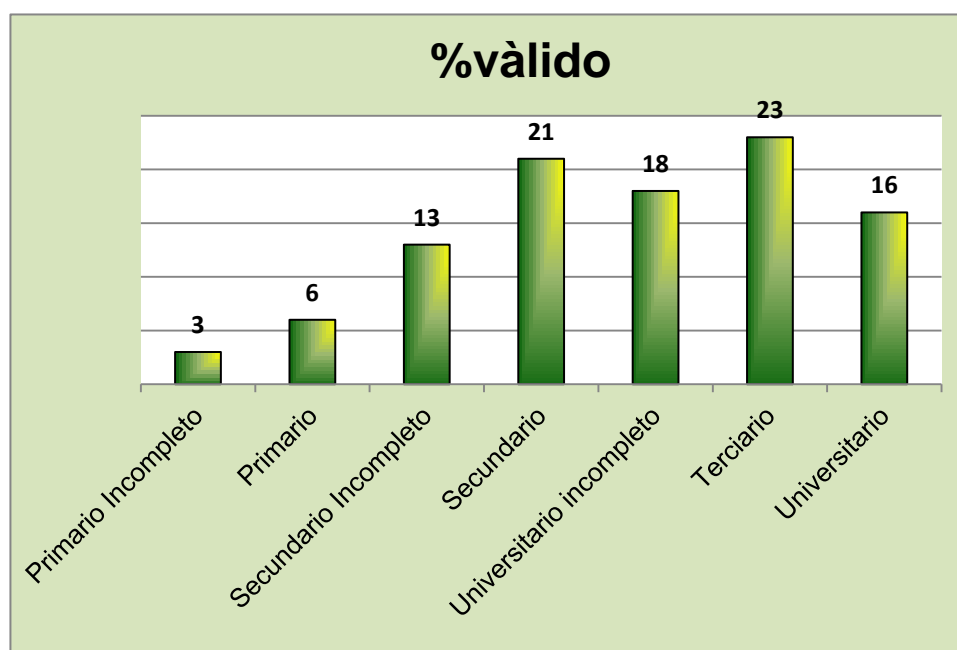
El 51% de los pacientes encuestados eran varones, y el 49% restante mujeres.

Tabla N° 4: Nivel de escolaridad de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.

Nivel de escolaridad	% válido
Primario Incompleto	3
Primario	6
Secundario Incompleto	13
Secundario	21
Universitario incompleto	18
Terciario	23
Universitario	16
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 3: Nivel de escolaridad de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

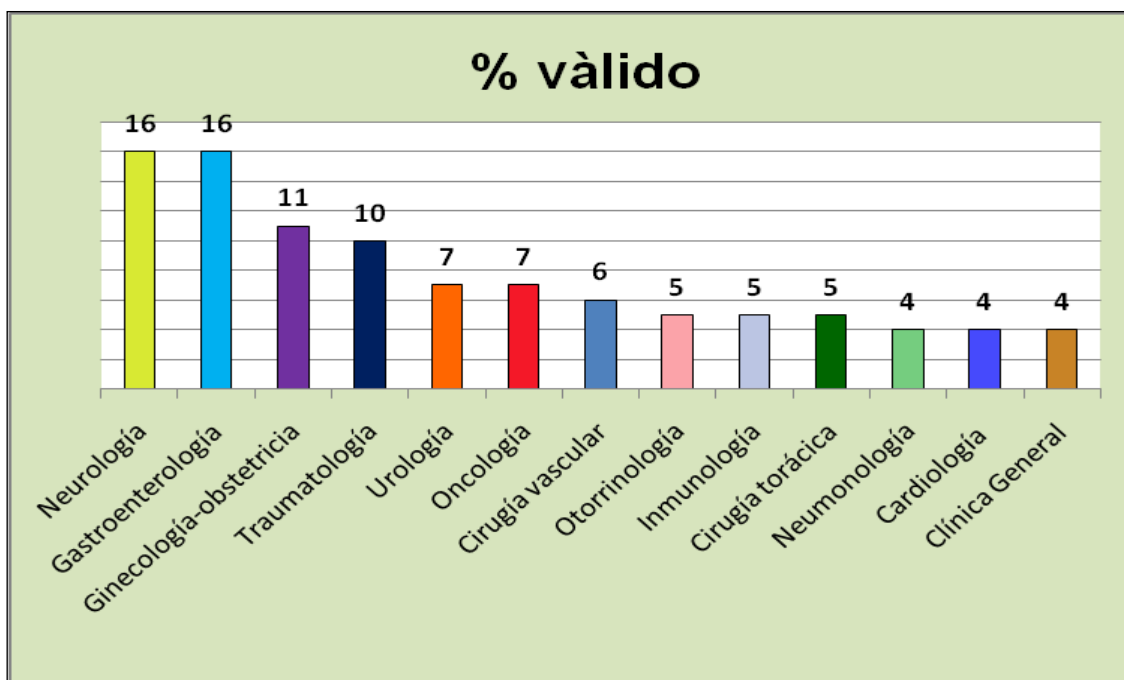
El gráfico refleja el nivel de escolaridad en porcentajes. El 39% tiene alta escolaridad y otro 39 % tiene escolaridad media.

Tabla Nº 5: Servicio en el cual se encontraban internados los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.

Servicio en cual se encuentra actualmente.	% válido
Neurología	16
Gastroenterología	16
Ginecología-obstetricia	11
Traumatología	10
Urología	7
Oncología	7
Cirugía vascular	6
Otorrinología	5
Inmunología	5
Cirugía torácica	5
Neumonología	4
Cardiología	4
Clínica General	4
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico Nº 4: Servicio en el cual se encontraban internados los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

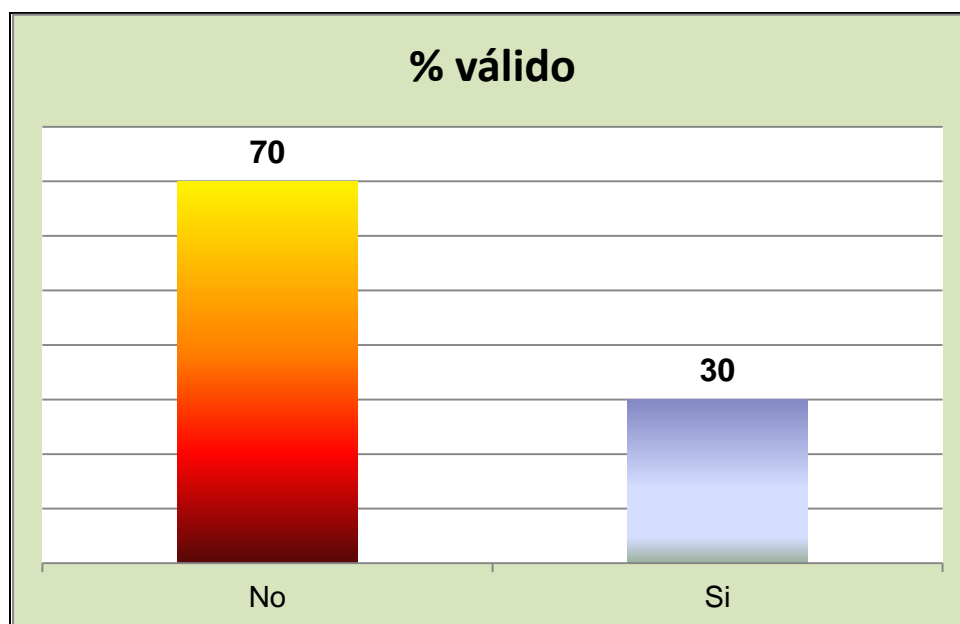
La tabla informa respecto de los pacientes internados en la oportunidad de hacerse la encuesta, en los servicios que en ella están enunciados.

Tabla N° 6: Presencia de acompañante durante la internación de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.

Posee acompañante durante la internación	% válido
No	70
Si	30
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 5: Presencia de acompañante durante la internación de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

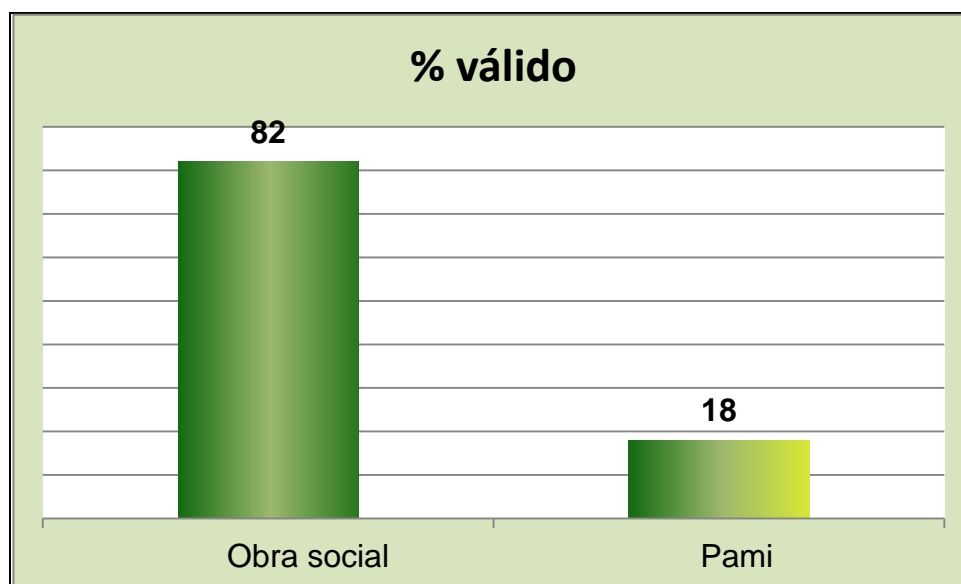
Durante su internación actual en áreas abiertas, un 70% de los pacientes no contaba con la presencia de acompañante.

Tabla N° 7: Tipo de cobertura* que poseen los pacientes encuestados, en porcentajes.

Tipo de cobertura que poseen los pacientes	% válido
Obra social	82
PAMI	18
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.
 (*)Se consignaron las alternativas de obras sociales que obtuvieron puntaje.

Gráfico N° 6: Tipo de cobertura* que poseen los pacientes encuestados, en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.
 (*) Se consignaron las alternativas que obtuvieron puntaje.

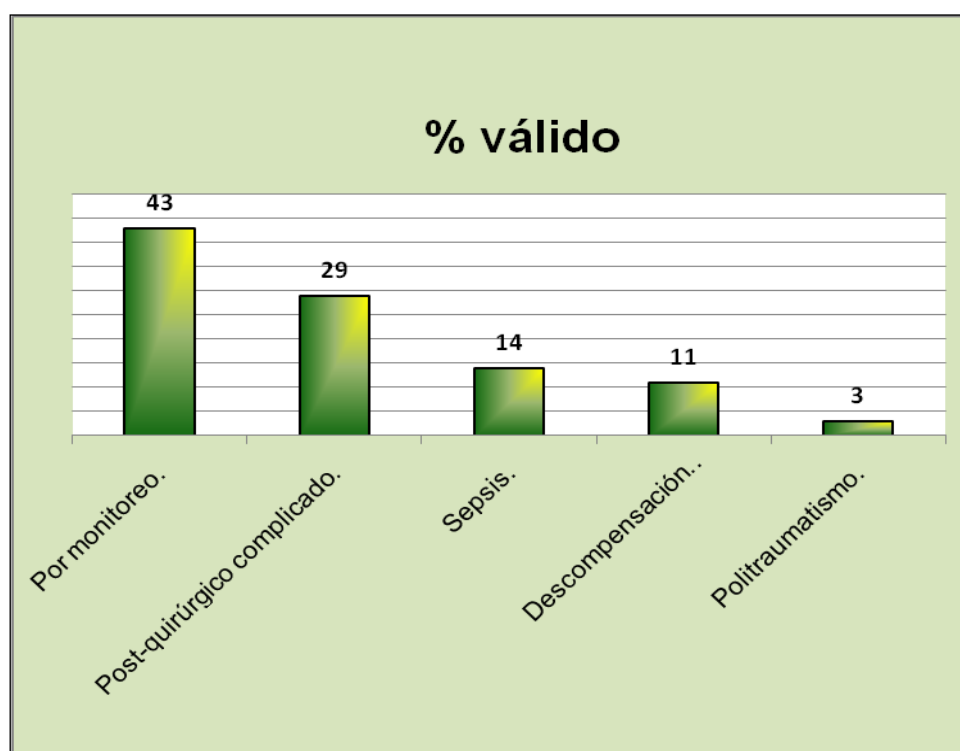
La Tabla y el Gráfico representan el tipo de cobertura que poseen los pacientes que participaron de la encuesta.

Tabla N° 8: Motivo de internación en U.T.I., de los pacientes encuestados, en porcentajes.

Motivo de internación en U.T.I.	% válido
Por monitoreo.	43
Post-quirúrgico complicado.	29
Sepsis.	14
Descompensación hemodinámica en piso.	11
Politraumatismo.	3
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 7: Motivo de internación en U.T.I. de los pacientes encuestados, en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

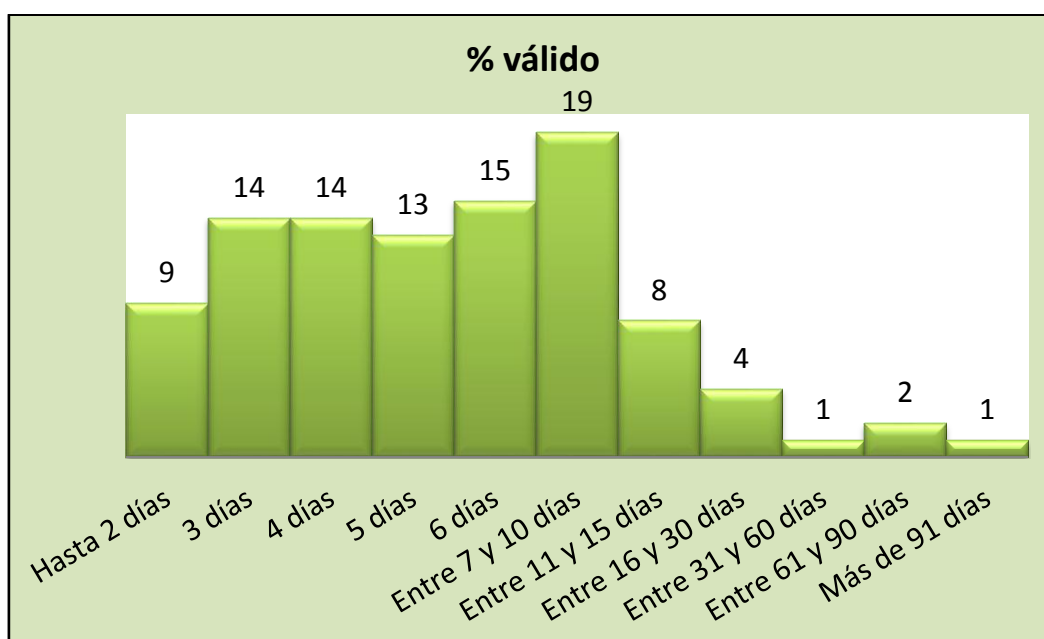
La Tabla y el Gráfico representan los diagnósticos por los cuales fueron ingresados los pacientes en su internación en la U.T.I. del HCJSM.

Tabla N° 9: Cantidad de días de internación en U.T.I., de los pacientes encuestados, en porcentajes.

Cantidad de días de internación en U.T.I.	% válido
Hasta 2 días	9
3 días	14
4 días	14
5 días	13
6 días	15
Entre 7 y 10 días	19
Entre 11 y 15 días	8
Entre 16 y 30 días	4
Entre 31 y 60 días	1
Entre 61 y 90 días	2
Más de 91 días	1
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 8: Cantidad de días de internación en U.T.I. de los pacientes encuestados, en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La Tabla y el Gráfico representan la cantidad de días que estuvieron los pacientes encuestados internados en la U.T.I. y el porcentaje de los mismos. Como se observa en el gráfico N° 8 el 50% de la población estudiada tuvo has-

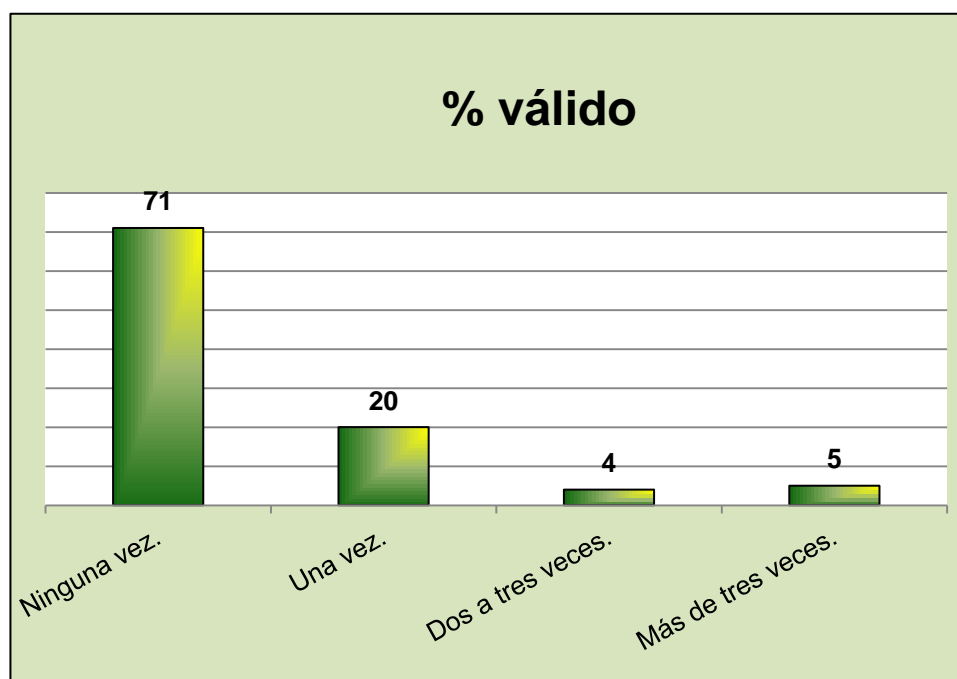
ta 5 días internados. Y sólo un 4% estuvo internado más de 31 días. Siendo 3 la cantidad promedio de días internados que debería pasar un paciente por la terapia.

Tabla N° 10: Internaciones previas en la U.T.I., del HCJSM de los pacientes encuestados, en porcentajes.

Anterior internación en U.T.I. del HCJSM.	% válido
Ninguna vez.	71
Una vez.	20
Dos a tres veces.	4
Más de tres veces.	5
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 9: Internaciones previas en la U.T.I. del HCJSM de los pacientes encuestados, en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La Tabla y el Gráfico representan el porcentaje de pacientes que tuvo internaciones previas en la U.T.I. del HCJSM.

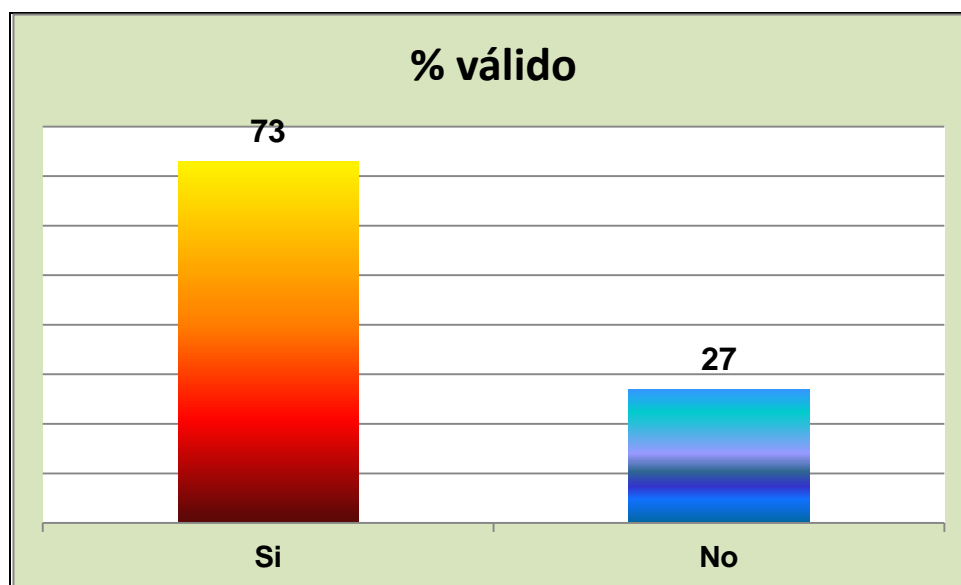
Si se observa el gráfico N° 9 solo el 29% estuvo internado anteriormente, pero de ese porcentaje el 9% estuvo más de una vez.

Tabla N° 11: Posibilidad de elección del lugar de internación de los pacientes encuestados, en porcentajes.

Posibilidad de elección del lugar de internación	% válido
Si	73
No	27
Total	100

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 10: Posibilidad de elección del lugar de internación de los pacientes encuestados, en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La Tabla y el Gráfico representan el porcentaje de pacientes que tuvieron la posibilidad de elección con respecto al lugar de internación.

8.2) Descripción Escala Grado de satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados de enfermería.

8.2.1) Análisis de fiabilidad⁹⁰ de la escala:

Primeramente se realizó un análisis de fiabilidad a la escala de opinión acerca de la satisfacción de los pacientes. Dicho análisis permitió estudiar las propiedades de la escalas de medición y de los elementos que la componen. El procedimiento calculó un número de medidas de fiabilidad de escala que se utilizan normalmente y también proporcionó información sobre las relaciones entre elementos individuales de la escala. Se pueden utilizar los coeficientes de correlación intra-clase para calcular estimaciones de la fiabilidad inter-evaluadores.

Tabla N° 12: Estadísticos de la escala.

Estadísticos de la escala			
Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
92,74	285,210	16,888	35

Elaboración propia. Marzo a Junio del Año 2011.

Tabla N° 13: Estadísticos de resumen de los elementos.

Estadísticos de resumen de los elementos							
	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	2,650	2,329	3,263	,934	1,401	,072	35
Varianzas de los elementos	,469	,210	,863	,653	4,114	,030	35
Correlaciones inter-elementos	,487	,058	,803	,744	13,726	,015	35

Elaboración propia. Marzo a Junio del Año 2011.

⁹⁰ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

Tabla N° 14: Estadísticos de fiabilidad.

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,970	,971	35

Elaboración propia. Marzo a Junio del Año 2011.

El estadístico Alfa de Cronbach es un modelo de consistencia interna, que se basa en la correlación inter-elementos promedio. Los valores van de nada de correlación (0) inter-elementos a altamente correlacionados (1). Por lo que se puede decir que la escala aquí analizada tiene una alta consistencia interna (alfa 0,97), los elementos están altamente correlacionados. Esto se complementa con la tabla ANOVA en donde se observa que las relaciones intra-personas están significativamente correlacionadas (sig. < 0,01).

Tabla N° 15: Tabla de Anova.

ANOVA						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-personas		611,164	75	8,149	22,469	,000
Intra-personas	Inter-elementos	185,871	34	5,467		
	Residual	620,415	2550	,243		
	Total	806,286	2584	,312		
Total		1417,450	2659	,533		

Media global = 2,65

Elaboración propia. Marzo a Junio del Año 2011.

Si se compara en cada una de las dimensiones el Alfa de Cronbach y en sus elementos se dirá que en todos los casos están significativamente correlacionados hacia el interior de cada dimensión, es decir entre los elementos que la componen. Y que la dimensión que presenta un alfa menor de 0,80 es "accesibilidad".

Tabla N° 16: Alfa de Cronbach por Dimensiones de cuidados de enfermería.

Dimensiones de la escala	Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
Accesibilidad	,774	,779	3
Explica y facilita	,882	,883	4
Conforta	,943	,946	9
Se anticipa	,920	,922	7
Mantiene relación de confianza	,911	,916	5
Monitorea y hace seguimiento	,920	,922	7

Elaboración propia. Marzo a Junio del Año 2011.

Tabla N° 17: Tabla resumen estadístico de Grado de satisfacción.

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	% válido
Accesibilidad	3	10	7,7	1,4	64%
Explica y facilita	1	14	9,9	2,3	61%
Conforta	7	35	25,7	6,4	71%
Se anticipa	6	23	17,2	3,8	62%
Mantiene relación de confianza	3	19	13,0	3,2	65%
Monitorea y hace seguimiento	3	23	16,5	3,9	59%
Grado de Satisfacción global de pacientes de U.T.I. sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros	32	117	92,7	16,9	65%

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Los datos analizados se presentan en tablas de la N° 18 a la N° 23, en porcentajes válidos. Seguido de los gráficos N° 11 al N° 16 que resultan de la re-agrupación explicada en la estrategia de análisis.

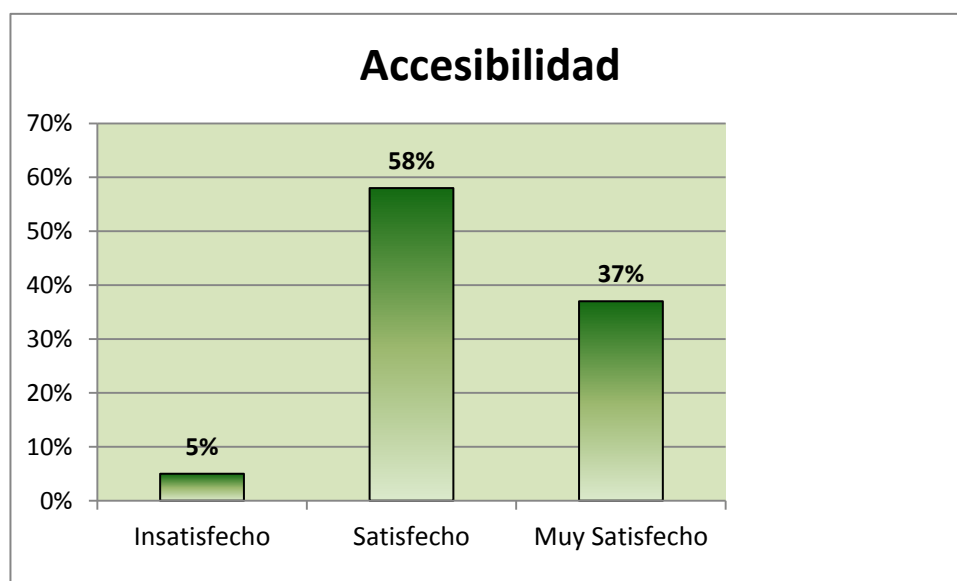
Tabla N° 18: Satisfacción con la *accesibilidad* del personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.

Accesibilidad	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Altamente Satisfecho	Ns./Nc.	Total
1. Cuando la enfermera se aproximó a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor, usted se sintió:	0%	1%	29%	69%	1%	0%	100%
2. Cuando la enfermera se acercó a usted con frecuencia para verificar su estado de salud, usted se sintió:	0%	2%	43%	51%	4%	0%	100%
3. Cuando la enfermera respondió cada vez que necesitó llamarla, usted se sintió:	0%	5%	43%	52%	0%	0%	100%

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Se observan valores medios de satisfacción respecto a todos los indicadores de la dimensión accesibilidad del personal de enfermería: satisfacción con la oferta de medidas para aliviar el dolor (satisfecho: 29%; bastante satisfecho: 69%), con frecuencia con que se acercó para verificar su estado de salud (satisfecho: 43%; bastante satisfecho: 51%), con la respuesta al llamado (satisfecho: 43%; bastante satisfecho: 52%).

Gráfico N° 11: Satisfacción con la *accesibilidad* del personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

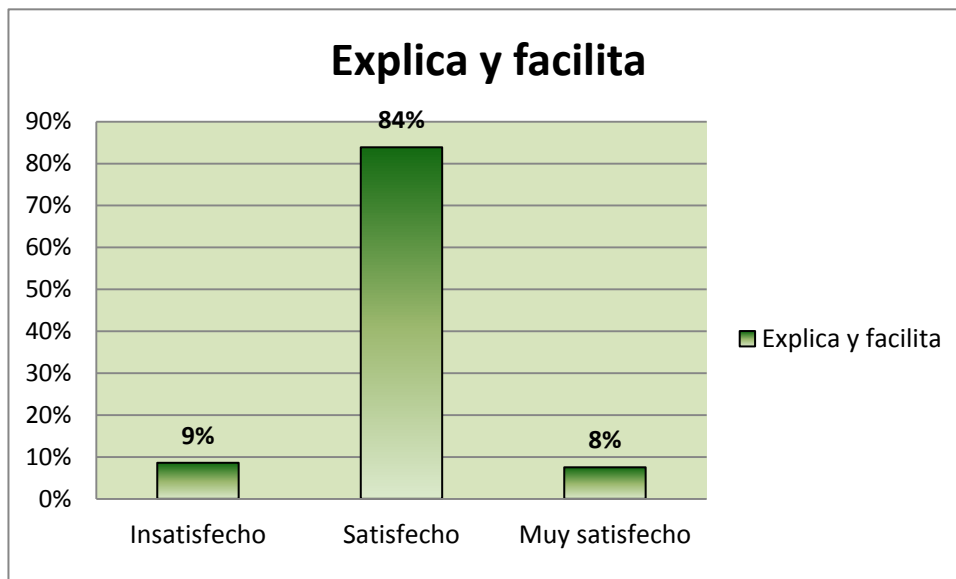
Tabla N° 19: Satisfacción con las *explicaciones y facilidades* brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.

Explica y facilita	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Altamente Satisfecho	Ns./ Nc.	Total
1. Cuando la enfermera le informó sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad, usted se sintió:	1%	5%	49%	40%	0%	5%	100%
2. Cuando la enfermera le enseñó a cuidarse a sí mismo, usted se sintió:	1%	3%	35%	55%	6%	0%	100%
3. Cuando la enfermera le sugirió preguntas para que formule a su doctor cuando lo necesite, usted se sintió:	0%	7%	40%	49%	4%	0%	100%
4. Cuando la enfermera fue honesta con usted en cuanto a su condición de salud, usted se sintió:	1%	6%	49%	41%	0%	3%	100%

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

También se observan una mayor proporción de valores medios de satisfacción respecto a todos los indicadores de la dimensión explicaciones y facilidades brindadas por el personal de enfermería: satisfacción con la información brindada sobre grupos de ayuda para el control y seguimiento de la enfermedad (satisfecho: 49%; bastante satisfecho: 40%), con la enseñanza sobre el autocuidado (satisfecho: 35%; bastante satisfecho: 54,5%), con las sugerencias sobre preguntas para formularle al médico (satisfecho: 40%; bastante satisfecho: 49%), con la honestidad del personal sobre su condición de salud (satisfecho: 49%; bastante satisfecho: 41%).

Gráfico N° 12: Satisfacción con las *explicaciones y facilidades* brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

Tabla N° 20: Satisfacción con las acciones para *confortarlo* brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.

Conforta	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Altamente Satisfecho	Ns./Nc.	Total
1. Cuando la enfermera probó diversas técnicas para que pudiera descansar cómodamente, usted se sintió:	1%	4%	35%	50%	10%	0%	100%
2. Cuando la enfermera lo motivó a identificar los elementos que lo inquietaban, Usted se sintió:	0%	7%	26%	45%	22%	0%	100%
3. El trato que usó la enfermera al atenderlo en medio de una situación difícil lo hizo sentir:	3%	6%	16%	32%	43%	0%	100%
4. La actitud tranquila y serena de la enfermera lo hizo sentir:	1%	8%	26%	48%	17%	0%	100%
5. Cuando la enfermera se acercó a usted para entablar una conversación, lo hizo sentir:	2%	8%	14%	36%	40%	0%	100%
6. Las veces que la enfermera estableció contacto físico cuando usted necesitaba consuelo, lo hizo sentir:	0%	14%	42%	39%	5%	0%	100%
7. La actitud de escucha y atención que le brindó la enfermera cuando usted la requirió lo hizo sentir:	2%	7%	18%	31%	42%	0%	100%
8. El modo de hablar que la enfermera usó toda vez que se acercó a usted, le hizo sentirse:	3%	7%	14%	33%	43%	0%	100%
9. Cuando la enfermera involucró a su familia en su cuidado, usted se sintió:	0%	4%	49%	47%	0%	0%	100%

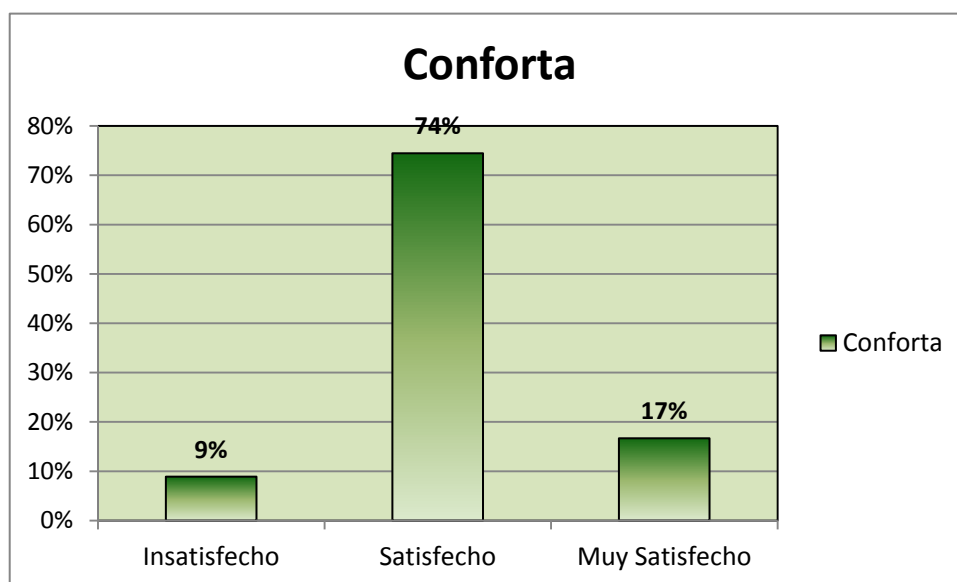
Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

En esta tabla se observa que los porcentajes más altos se encuentran en el nivel bastante satisfecho, en cada uno de los ítems que conforman esta dimensión. Asimismo también se encuentran porcentajes altos en el nivel Altamente satisfecho.

Asimismo, se observa una gran proporción de valores medios de satisfacción respecto a la mayoría los indicadores de la dimensión las acciones para confortarlo brindadas por el personal de enfermería: satisfacción con las técnicas realizadas para que pudiera descansar cómodamente (satisfecho: 35%; bastante satisfecho: 50%), con la motivación para identificar los elementos que lo inquietaban (satisfecho: 26%; bastante satisfecho: 45%), con la actitud tranquila y serena de la enfermera (satisfecho: 26%; bastante satisfecho: 48%). con las veces que la enfermera estableció contacto físico cuando necesitaba consuelo (satisfecho: 42%; bastante satisfecho: 36%). con el involucramiento de la familia que permitió la enfermera (satisfecho: 49%; bastante satisfecho: 47%).

Los mayores índices de satisfacción fueron en relación: con el trato al atenderlo en medio de una situación difícil (bastante satisfecho: 32%; altamente satisfecho: 43%), con la aproximación de la enfermera para entablar una conversación (bastante satisfecho: 36%; altamente satisfecho: 40%), con la actitud de escucha y atención que brindó la enfermera cuando la requirió (bastante satisfecho: 31%; altamente satisfecho: 42%) y, con el modo de hablar que la enfermera uso al acercarse (bastante satisfecho: 33%; altamente satisfecho: 43%).

Gráfico N° 13: Satisfacción con las acciones para *confortarlo* brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

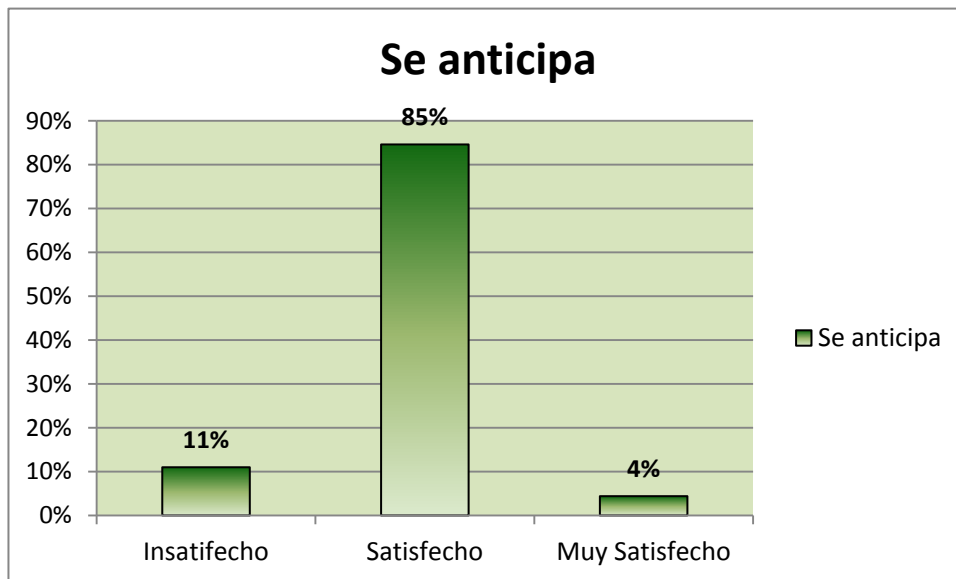
Tabla N° 21: Satisfacción con la *anticipación* del personal de enfermería durante la atención brindada que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.

Se anticipa	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Altamente Satisfecho	Ns./Nc.	Total
1. Cuando estaba agobiado por su enfermedad la enfermera acordó con usted un nuevo modo de cuidado y usted se sintió:	0%	5%	45%	45%	5%	0%	100%
2. Cada vez que vio a la enfermera pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud, usted se sintió:	0%	5%	42%	49%	4%	0%	100%
3. El interés que mantuvo la enfermera en usted, aunque haya pasado por una crisis o fase crítica en su salud, lo hizo sentir:	0%	12%	37%	43%	8%	0%	100%
4. El momento que eligió la enfermera para hablarle sobre los cambios en su situación de salud, lo hizo sentir:	0%	4%	54%	40%	1%	1%	100%
5. Cuando la enfermera estuvo con usted, realizándole algún procedimiento, se concentró única y exclusivamente en usted, lo hizo sentir:	0%	9%	50%	38%	2%	1%	100%
6. Cuando la enfermera le ayudó a establecer metas razonables, usted se sintió:	1%	4%	49%	40%	0%	6%	100%
7. Toda vez que la enfermera concilió con usted, antes de iniciar un procedimiento o una intervención, usted se sintió:	2%	6%	50%	42%	0%	0%	100%

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

En la dimensión satisfacción con anticipación del personal enfermería, se observa, una vez más, una gran proporción de valores medios respecto a la mayoría los indicadores: satisfacción con el acuerdo sobre un nuevo modo de cuidado cuando estaba agobiado por su enfermedad (satisfecho: 45%; bastante satisfecho: 45%), con el estar pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud (satisfecho: 42%; bastante satisfecho: 49%), con el interés que mantuvo la enfermera sobre su persona aunque hubiera pasado por una crisis en su salud (satisfecho: 37%; bastante satisfecho: 43%), con el momento que eligió la enfermera para hablarle sobre los cambios en su situación de salud (satisfecho: 54%; bastante satisfecho: 40%). con la concentración exclusiva de la enfermera al realizarle algún procedimiento (satisfecho: 50%; bastante satisfecho: 38%), con la ayuda que le brindó para establecer metas razonables (satisfecho: 49%; bastante satisfecho: 40%), con toda vez que la enfermera concilió con él antes de iniciar un procedimiento o una intervención (satisfecho: 50%; bastante satisfecho: 42%).

Gráfico N° 14: Satisfacción con la *anticipación* del personal de enfermería durante la atención brindada que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

Tabla N° 22: Satisfacción con la *relación de confianza* establecida por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados con relación a su internación en U.T.I.

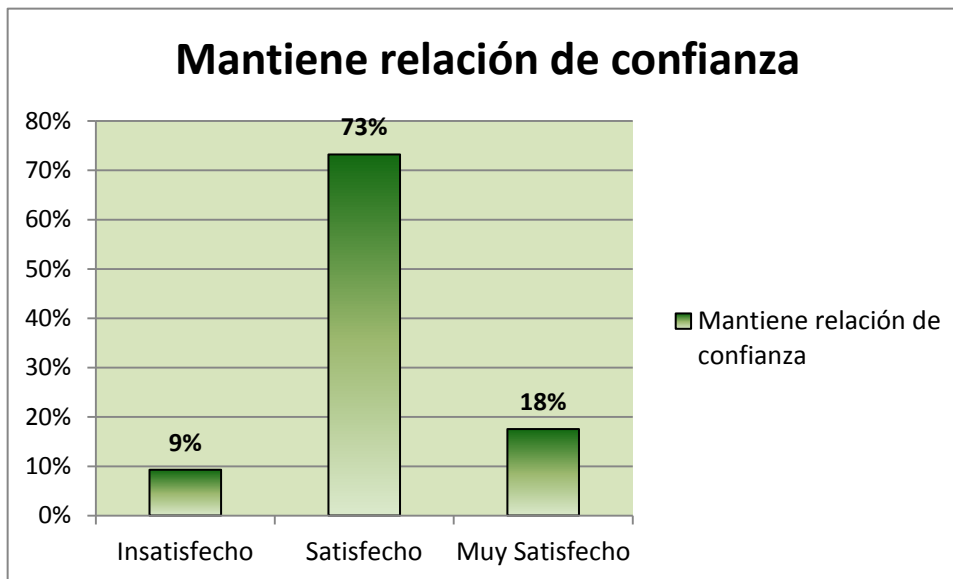
Mantiene relación de confianza	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Altamente Satisfecho	Ns./ Nc.	Total
1.Cuando la enfermera lo incluyó, siempre que fue posible en la planificación y manejo de su cuidado. usted se sintió:	0%	9%	52%	38%	0%	1%	100%
2.Cada vez que la enfermera le permitió expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento, usted se sintió:	0%	4%	28%	51%	17%	0%	100%
3.Cada vez que la enfermera lo identificó y lo trató como una persona individual, usted se sintió:	0%	3%	43%	45%	9%	0%	100%
4.El acercamiento que la enfermera mantuvo con usted, lo hizo sentir:	2%	7%	12%	53%	26%	0%	100%
5.Cuando la enfermera se presentaba e identificaba, lo hizo sentir:	1%	5%	50%	40%	3%	0%	100%

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Vuelven a repetirse las mayores proporciones de valores medios de satisfacción respecto a los indicadores de la dimensión satisfacción con la relación de confianza establecida por el personal enfermería: satisfacción con la inclusión propiciada por la enfermera en la planificación y manejo del cuidado (satisfecho: 52%; bastante satisfecho: 38%), con la forma en que le permitió expresar sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento (satisfecho: 28%; bastante satisfecho: 51%), con la identificación y trato como una persona individual (satisfecho: 43%; bastante satisfecho: 45%) y, con la presentación e identificación de la enfermera (satisfecho: 51%; bastante satisfecho: 40,4%).

El mayor porcentaje de satisfacción se observa con el acercamiento que mantuvo la enfermera (bastante satisfecho: 52,5%; altamente satisfecho: 26%).

Gráfico N°15: Satisfacción con la *relación de confianza* establecida por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I.



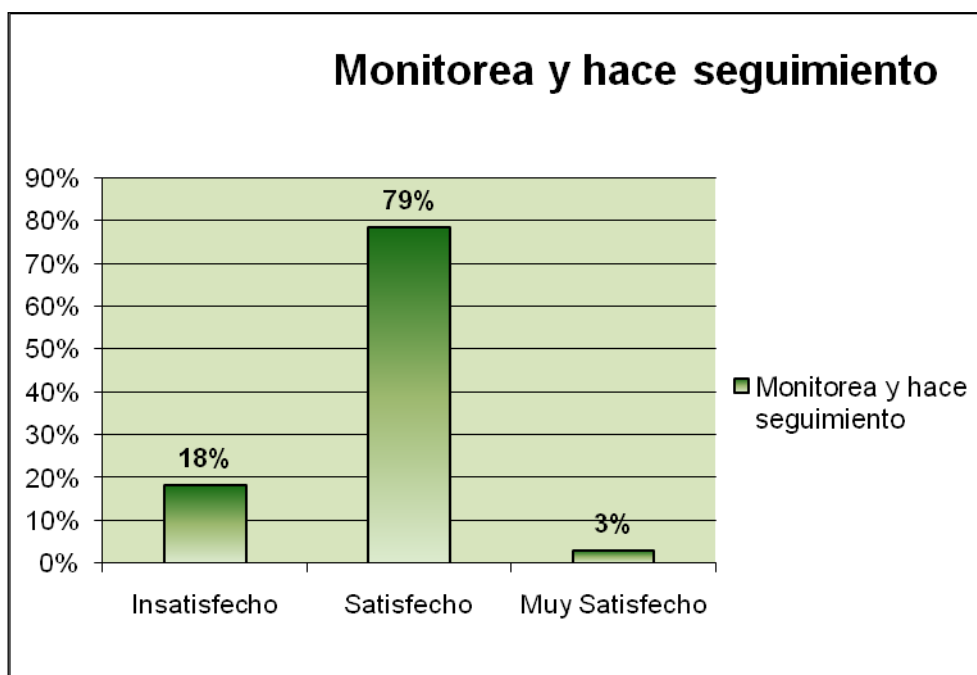
Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

Tabla N° 23: Satisfacción con el *monitoreo y seguimiento* realizados por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.

Monitorea y hace seguimiento	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Satisfecho	Bastante Satisfecho	Altamente Satisfecho	Ns. / Nc.	Total
1.Cuando la enfermera le realizaba procedimientos y verificaba su cumplimiento, usted se sintió:	0%	7%	59%	34%	0%	0%	100%
2.Al ver a la enfermera como se organizaba en relación a su trabajo, usted se sentía:	0%	13%	53%	33%	1%	0%	100%
3.La seguridad y calma de la enfermera a proporcionarle cuidados ,lo hizo sentir:	1%	5%	34%	55%	5%	0%	100%
4.Cuando la enfermera identificó que era necesario llamar al médico, usted se sintió:	1%	4%	52%	41%	1%	1%	100%
5.Cuando la enfermera le preguntaba datos sobre su estado, le hizo sentir:	1%	6%	40%	49%	4%	0%	100%
6.La frecuencia con que enfermera lo controlaba y evaluaba despues de superar su estado crítico,lo hizo sentir:	1%	11%	42%	41%	5%	0%	100%
7.La actitud con que la enfermera se acercaba a evaluarlo, lo hizo sentir:	1%	7%	57%	35%	0%	0%	100%

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 16: Satisfacción con el *monitoreo* y seguimiento realizados por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

Finalmente, también en la dimensión monitoreo y seguimiento realizados por el personal de enfermería, se observan mayores proporciones de valores medios de satisfacción respecto a sus indicadores: satisfacción con la realización de procedimientos y verificación de su cumplimiento (satisfecho: 59%; bastante satisfecho: 34%), con la organización de la enfermera en su trabajo (satisfecho: 53%; bastante satisfecho: 33%), con la seguridad y calma al proporcionarle cuidados (satisfecho: 34%; bastante satisfecho: 55%), con la identificación de la enfermera sobre la necesidad de llamar al médico (satisfecho: 52%; bastante satisfecho: 41%), con las preguntas sobre datos en relación a su estado (satisfecho: 40%; bastante satisfecho: 48,5%), con la frecuencia con que lo controlaba y evaluaba después de superar su estado crítico (satisfecho: 42%; bastante satisfecho: 41%) y, con la actitud con que la enfermera se acercaba a evaluarlo (satisfecho: 57%; bastante satisfecho: 35%).

8.3) Resultados del análisis descriptivo

En resumen, las características de la muestra fueron: un 51% eran varones; el 50% tenía más de 51 años, el 58% de la muestra tenía formación nivel terciario - universitario incompleto y más.

Luego de su internación en U.T.I., los pacientes encuestados se encontraban internados en: Gastroenterología (16%), Neurología (16%), Ginecología-obstetricia (11%), Traumatología (10%).

Durante su internación actual en áreas abiertas, un 70% de los pacientes no contaba con la presencia de acompañante. Un 82% tenía obra social y un 18%, PAMI correspondiente a la cápita del HCJSM.

Los motivos de internación en U.T.I. fueron: monitoreo (43%), postquirúrgico complicado (29%), sepsis (14%), descompensación hemodinámica en piso (11%) y politraumatismo (3%). En cuanto a la cantidad de días de internación en U.T.I., un 64% permaneció hasta 6 días. No obstante, un 19% estuvo internado entre 7 y 10 días, un 8% entre 11 y 15 días, un 4% entre 16 y 30 días, un 1% entre 31 y 60 días, un 2% entre 61 y 90 días y un 1% más de 91 días.

Un 71% no tuvo internaciones previas en la U.T.I. estudiada. De los que sí la tuvieron, un 69% había estado una vez. Un 73% manifestó haber tenido la posibilidad de elegir el lugar de internación.

La importancia de conocer al sujeto de los cuidados enfermeros, permite brindarles prestaciones adaptadas a sus reales necesidades. Así lo afirma también en su investigación Torres, C.: "Teniendo en cuenta que la percepción del cuidado de enfermería varía en función de las características de los pacientes, la cultura, las expectativas, los factores personales y de enfermedad, se hace necesario que las enfermeras midan estas influencias con el fin de realizar ajustes y hacer seguimiento al cuidado ofrecido, de esta manera examinar los puntos bajos e identificar los defectos en el cuidado de enfermería ofrecido y así mantener en alto el concepto de los pacientes acerca del cuidado recibido".⁹¹

En cuanto a la descripción de la variable grado de satisfacción con los cuidados enfermeros en U.T.I., se observan valores medios de satisfacción respecto a la mayoría de los indicadores de las distintas dimensiones: accesibilidad del personal de enfermería, explicaciones y facilidades brindadas, acciones para confortar al paciente, anticipación del personal enfermería, la relación de confianza establecida y el monitoreo y seguimiento realizados. A partir de los cuales se puede decir que existe un grado de satisfacción medio con estos aspectos (Ta-

⁹¹ <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21385/22435>. Torres Contreras, C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados.[F.C.:10/05/2012].

bla N° 17: Tabla resumen estadístico de grado satisfacción).

Los mayores índices de satisfacción fueron en relación con la dimensión de *conforta*: con el trato al atenderlo en medio de una situación difícil : 43% de respuestas altamente satisfactorio (tabla N° 13), con la aproximación de la enfermera para entablar una conversación, un 40% (tabla N° 13), con la actitud de escucha y atención que brindó la enfermera cuando la requirió, 42% altamente satisfactorio (tabla N° 13), con el modo de hablar que la enfermera uso al acercarse 43% (tabla N° 13) y con el acercamiento que mantuvo la enfermera 40% (tabla N° 13) .Es decir, aspectos fundamentalmente de las relaciones humanas que ratifican la dignidad del paciente internado en un servicio de cuidados críticos. En esta misma dimensión se obtuvo un 14 % de poco satisfactorio en la cantidad de veces en que el personal se acerco a confortar, revelando que la frecuencia del acercamiento fue insatisfactorio.

En la dimensión *accesibilidad* los índices mayores se encuentran en bastantes satisfechos con el 54% de las respuestas y con un desviación típica de 1,4 de la media (tabla global y tabla 11). La respuesta de las enfermeras cuando fue llamada obtuvo un 5% de insatisfacción lo que señala un déficit a mejorar (tabla N° 11).Perdomo Ramirez, C. en su investigación obtuvo:”... que el grupo de pacientes le dio una calificación alta a la categoría accesible, dándole importancia al establecimiento de la relación interpersonal enfermera-paciente, mediante la cual se satisfacen las necesidades de manera oportuna y el paciente se siente bien cuidado”.⁹²

En la dimensión *explica y facilita* la satisfacción global tiene una desviación típica de 6,4 que se manifiesta en la acciones de educación al enseñar a cuidarse y cuando sugiere preguntas para que formule a su médico, con un 55% y 49% de bastante satisfechos respectivamente.

En la dimensión *se anticipa* la satisfacción global es de 17,2 con una desviación típica de 3,8 (Tabla N° 17: Tabla resumen estadístico de grado satisfacción). La acción de estar pendiente a las necesidades para prevenir complicaciones recibió el mayor índice de satisfacción con un 49% de bastante satisfecho, seguido de un 45% de bastante satisfechos cuando la enfermera acuerda nuevos modos de cuidados al sentirse agobiado por la enfermedad (tabla N°14). La acción de estar interesado después de pasar el momento crítico recibió un 12 % de insatisfacción (tabla N° 14) y un 9 % poco satisfechos cuando la enfermera al realizarle un procedimiento se concentró única y exclusivamente en el paciente (tabla N° 14).

En la dimensión *mantiene relación de confianza* el valor medio global de satisfacción se encuentra en 13,0 con una desviación típica de 3,2 (Tabla N° 17: Tabla resumen estadístico de grado satisfacción) significando un grado medio

⁹² Sit. cit.:www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067.

de satisfacción destacándose el 52 % de satisfacción que sienten los pacientes cuando la enfermera lo incluye en la planificación y manejo de su cuidado (tabla N°15), se destaca que hubo un 9% de ellos que expresaron poca satisfacción ante lo mismo. Se obtuvieron 51% y 53 % de bastante satisfactorio en los ítems cuando la enfermera le permitió expresar sus sentimientos y el acercamiento que mantuvo la enfermera (tabla N°15). Diferentes resultados obtuvo esta dimensión en la aplicación del mismo instrumento que realizó Perdomo Ramirez, C. en otra muestra: "...La categoría que recibió el puntaje más bajo fue la relacionada con mantiene relación de confianza, con 3,82, que hace referencia a la relación que establecen los pacientes y les permite confiar en que los cuidados recibidos están orientados a promover el proceso de recuperación."⁹³

En la dimensión *monitorea y hace seguimiento*, se obtuvo una media de 16,5 con una desviación típica de 3,9 (Tabla N° 17: Tabla resumen estadístico de grado satisfacción), que señalan los mayores proporciones de respuesta en el grado de satisfecho, con un 59 % de satisfacción, cuando la enfermera realizaba y verificaba el cumplimiento: un 57% estuvo satisfecho, cuando la enfermera se acercó para evaluarlo. Es en esta dimensión del monitoreo y hace seguimiento, donde se dan los mayores porcentajes de poca satisfacción: 13%, al ver cómo se organiza la enfermera en relación a su trabajo, un 11% estuvo disconforme en la frecuencia con que la enfermera lo evaluaba después de superar el estado crítico (Tabla N°23). Perdomo Ramirez, C. en su estudio obtiene respuestas muy diferentes: "... La correlación en la categoría monitorea y hace seguimiento, es alta y positiva ...teniendo en cuenta las definiciones establecidas para el instrumento, se puede determinar que para el paciente y el personal de enfermería son importantes los conocimientos y habilidades técnico-científicas en el momento de brindar cuidado; por lo tanto, es trascendental que el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos posea características específicas, entre las cuales se encuentran: formación académica adecuada, motivación, calidad humana, buenas relaciones interpersonales, sentido de pertenencia y amor por su trabajo, que se constituyen en un aspecto importante al brindar cuidado con calidad"⁹⁴.

8.4) Análisis Bi - variado de datos

Cuando se desea analizar relaciones entre una variable cualitativa (independiente) y una variable cuantitativa (dependiente), se procede al análisis de comparación de medias. Este procedimiento obtiene Medias estadísticas para cada subgrupo y estadísticos univariados relacionados para variables dependientes dentro de las categorías de las variables independientes. La tabla ANOVA indicará si las medias son significativamente diferentes sig. < 0,05.

⁹³ Sit. cit.: www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067.

⁹⁴ Sit. cit.: www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35861/37067.

Además, se puede obtener el análisis de la eta⁹⁵, que es una medida de asociación cuyo valor está comprendido entre cero (0), no existe asociación entre las variables y uno (1) máxima asociación entre las variables. Entonces los valores cercanos a uno (1) indicarán la existencia de una asociación fuerte entre las variables. El Eta cuadrado, responderá al porcentaje explicado por la variable independiente.

Para el análisis siguiente servirá como criterio la siguiente tabla de valores del Eta.

0 a 0,09	= asociación baja o nula
0,10 a 0,25	= asociación moderada
0,26 a 0,49	= asociación moderada alta
0,50 a 0,75	= asociación alta
0,75 a 1	= asociación fuerte

Por otro lado, se complementará el análisis con los gráficos de diferencias de medias por cada sub grupo.

⁹⁵ Ver definición en el Glosario de Términos Específicos.

Tabla N° 24: Informe de medidas descriptivas y tabla de Anova y eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según su edad.

Informe								
edad		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Menor de 21 años	Media	6,5000	9,0000	22,5000	16,5000	12,2500	13,2500	80,0000
	Desv. típ.	2,08167	3,26599	9,88264	6,45497	6,89807	6,84957	34,41899
	Mínimo	4,00	5,00	9,00	8,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	9,00	13,00	32,00	22,00	18,00	17,00	111,00
Entre 22 y 31 años	Media	8,3158	10,5556	24,3684	16,5263	12,5000	16,4211	91,2941
	Desv. típ.	1,05686	1,88562	8,49974	4,47671	3,50210	3,46916	19,24761
	Mínimo	6,00	8,00	8,00	8,00	7,00	10,00	51,00
	Máximo	10,00	13,00	34,00	23,00	18,00	23,00	114,00
Entre 32 y 41 años	Media	7,5714	9,7857	24,4615	17,0000	13,0714	16,7857	89,1667
	Desv. típ.	1,34246	1,76193	6,89946	3,10913	2,67364	3,46806	17,06583
	Mínimo	5,00	7,00	13,00	12,00	9,00	11,00	58,00
	Máximo	9,00	12,00	35,00	21,00	18,00	23,00	114,00
Entre 42 y 51 años	Media	8,3077	10,1538	28,9167	17,5385	14,9231	18,6923	100,7500
	Desv. típ.	1,03155	2,54448	4,27377	3,47887	2,87117	3,72793	14,14294
	Mínimo	6,00	4,00	21,00	11,00	11,00	11,00	77,00
	Máximo	9,00	14,00	34,00	23,00	19,00	23,00	117,00
Entre 52 y 61 años	Media	7,5610	9,6944	26,0857	17,2941	12,7949	16,1250	93,3462
	Desv. típ.	1,53377	2,16227	5,43611	3,67241	2,61755	3,48762	12,65209
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	6,00	6,00	6,00	77,00
	Máximo	10,00	14,00	33,00	23,00	19,00	22,00	114,00
Entre 62 y 71 años	Media	7,7500	8,5000	28,5000	21,6667	13,0000	18,2500	105,5000
	Desv. típ.	1,50000	5,06623	3,53553	1,15470	6,16441	6,84957	9,19239
	Mínimo	6,00	1,00	26,00	21,00	4,00	8,00	99,00
	Máximo	9,00	12,00	31,00	23,00	18,00	22,00	112,00
Entre 72 y 81 años	Media	7,6667	10,3333	27,0000	18,3333	13,6667	18,0000	94,0000
	Desv. típ.	1,52753	2,51661	1,00000	3,05505	,57735	1,41421	,00000
	Mínimo	6,00	8,00	26,00	15,00	13,00	17,00	94,00
	Máximo	9,00	13,00	28,00	21,00	14,00	19,00	94,00
82 años y más	Media	6,0000	8,0000	21,0000	15,0000	11,0000	11,0000	71,0000
	Desv. típ.	,00000	.	1,41421	1,41421	1,41421	2,82843	.
	Mínimo	6,00	8,00	20,00	14,00	10,00	9,00	71,00
	Máximo	6,00	8,00	22,00	16,00	12,00	13,00	71,00
Total	Media	7,7400	9,8602	25,6778	17,2198	13,0412	16,5204	92,7368
	Desv. típ.	1,41863	2,30591	6,42647	3,80293	3,20455	3,92515	16,88816
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	24,423	7	3,489	1,836	,090
	Intra-grupos		174,817	92	1,900		
	Total		199,240	99			
Explica y facilita * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	25,383	7	3,626	,665	,701
	Intra-grupos		463,799	85	5,456		
	Total		489,183	92			
Conforta * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	288,844	7	41,263	,999	,438
	Intra-grupos		3386,811	82	41,303		
	Total		3675,656	89			
Se anticipa * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	86,245	7	12,321	,841	,556
	Intra-grupos		1215,360	83	14,643		
	Total		1301,604	90			
Mantiene relación de confianza * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	65,708	7	9,387	,908	,504
	Intra-grupos		920,127	89	10,339		
	Total		985,835	96			
Monitorea y hace seguimiento * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	188,826	7	26,975	1,859	,086
	Intra-grupos		1305,633	90	14,507		
	Total		1494,459	97			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * edad	Inter-grupos	(Combinadas)	2418,906	7	345,558	1,239	,294
	Intra-grupos		18971,831	68	278,998		
	Total		21390,737	75			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

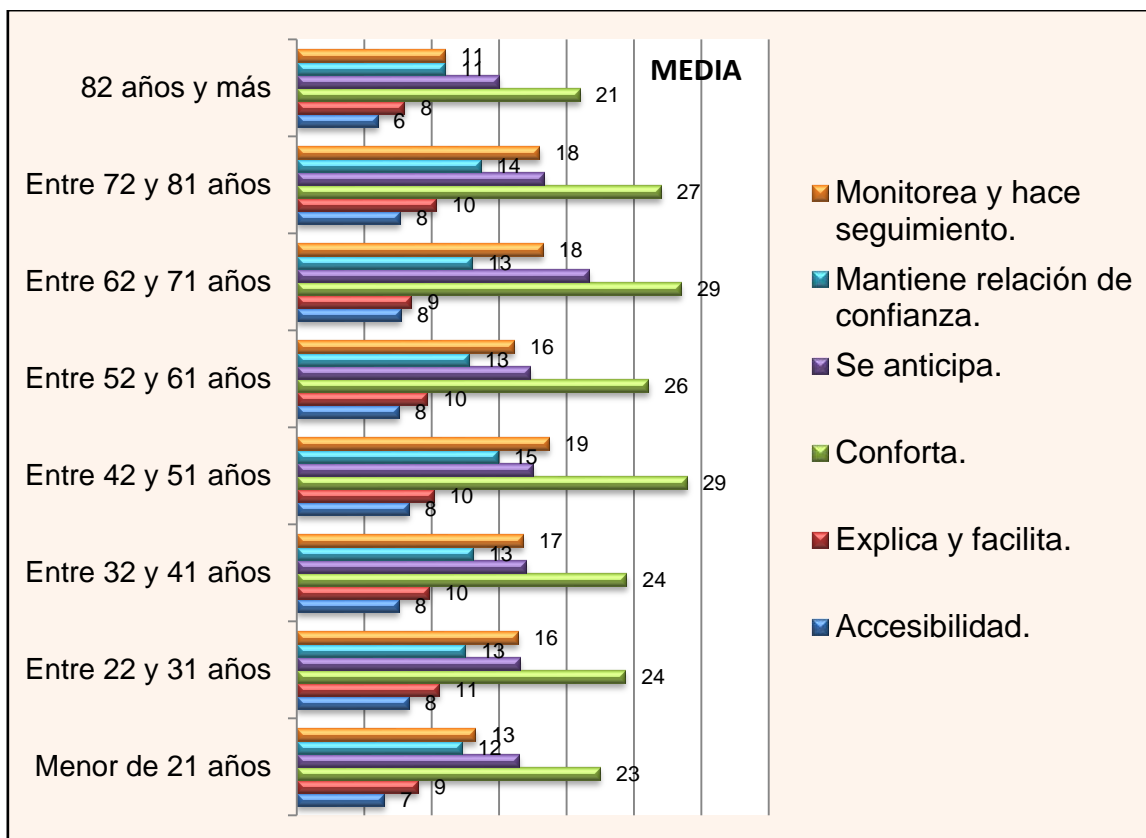
Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad * edad	,350	,123
Explica y facilita * edad	,228	,052
Conforta * edad	,280	,079
Se anticipa * edad	,257	,066
Mantiene relación de confianza * edad	,258	,067
Monitorea y hace seguimiento * edad	,355	,126
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * edad	,336	,113

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

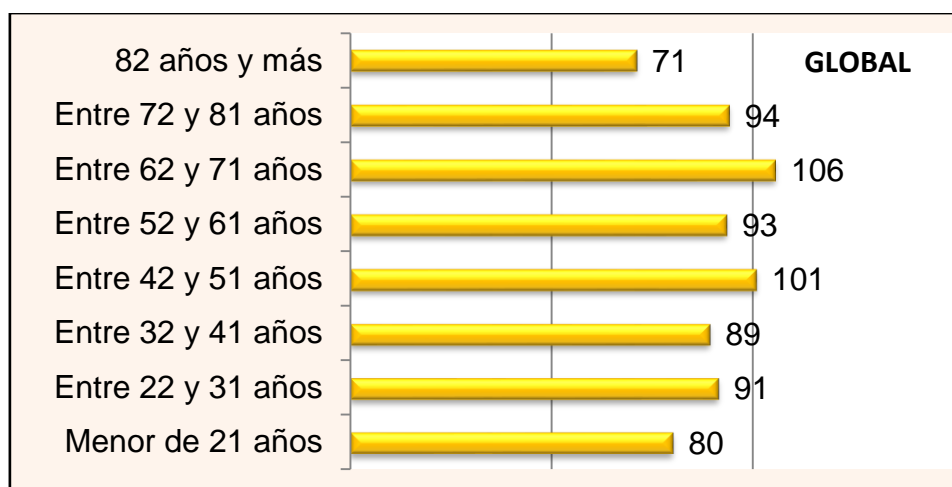
ETA (valores (0 – 1) para la asociación entre las variables edad y cada una de las dimensiones de la escala se observa que presentan mayor asociación la dimensiones “monitorea y hace seguimiento (0,355) y “Accesibilidad” (0,312), con una explicación de 12% (ETA cuadrado 0,126 y 0,123 respectivamente) y grado de Satisfacción global de los pacientes de U.T.I. sobre la Calidad de los Cuidados de Enfermeros (0,336) con una explicación de 11% (ETA cuadrado 0,113).

Gráfico N°17: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por del grado de satisfacción según edad.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 18: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global de pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados de enfermeros según edad.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Con respecto a las medias de las distintas dimensiones y la satisfacción global se observa que aumentan a medida que se incrementa la edad hasta los 71

años, pero desciende abruptamente a partir de los 72 años. Asimismo estas diferencias no son estadísticamente significativas (sig. >0.05) en todas las dimensiones y en la satisfacción global como muestra la tabla de ANOVA.

Tabla N° 25: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según su sexo.

Informe

Sexo		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Masculino	Media	7,6200	9,5957	24,8605	16,6739	12,4043	15,9400	89,2973
	Desv. típ.	1,41263	2,51655	6,82635	3,92176	3,31439	3,91444	19,77493
	Mínimo	4,00	1,00	9,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	34,00	23,00	19,00	23,00	117,00
Femenino	Media	7,8776	10,1556	26,5217	17,8409	13,6939	17,1489	96,4211
	Desv. típ.	1,43806	2,07754	6,04332	3,65324	3,01527	3,92306	12,94193
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	8,00	6,00	6,00	65,00
	Máximo	10,00	13,00	35,00	23,00	19,00	23,00	115,00
Total	Media	7,7475	9,8696	25,7191	17,2444	13,0625	16,5258	92,9067
	Desv. típ.	1,42387	2,31677	6,45084	3,81691	3,21448	3,94518	16,93643
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		1,642	1	1,642	,808	,371
	Intra-grupos		197,045	97	2,031		
	Total		198,687	98			
Explica y facilita * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		7,205	1	7,205	1,347	,249
	Intra-grupos		481,230	90	5,347		
	Total		488,435	91			
Conforta * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		61,336	1	61,336	1,482	,227
	Intra-grupos		3600,641	87	41,387		
	Total		3661,978	88			
Se anticipa * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		30,627	1	30,627	2,129	,148
	Intra-grupos		1265,995	88	14,386		
	Total		1296,622	89			
Mantiene relación de confianza * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		39,898	1	39,898	3,982	,049
	Intra-grupos		941,727	94	10,018		
	Total		981,625	95			
Monitorea y hace seguimiento * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		35,408	1	35,408	2,306	,132
	Intra-grupos		1458,777	95	15,356		
	Total		1494,186	96			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Sexo	Inter-grupos (Combinadas)		951,354	1	951,354	3,425	,068
	Intra-grupos		20274,993	73	277,740		
	Total		21226,347	74			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

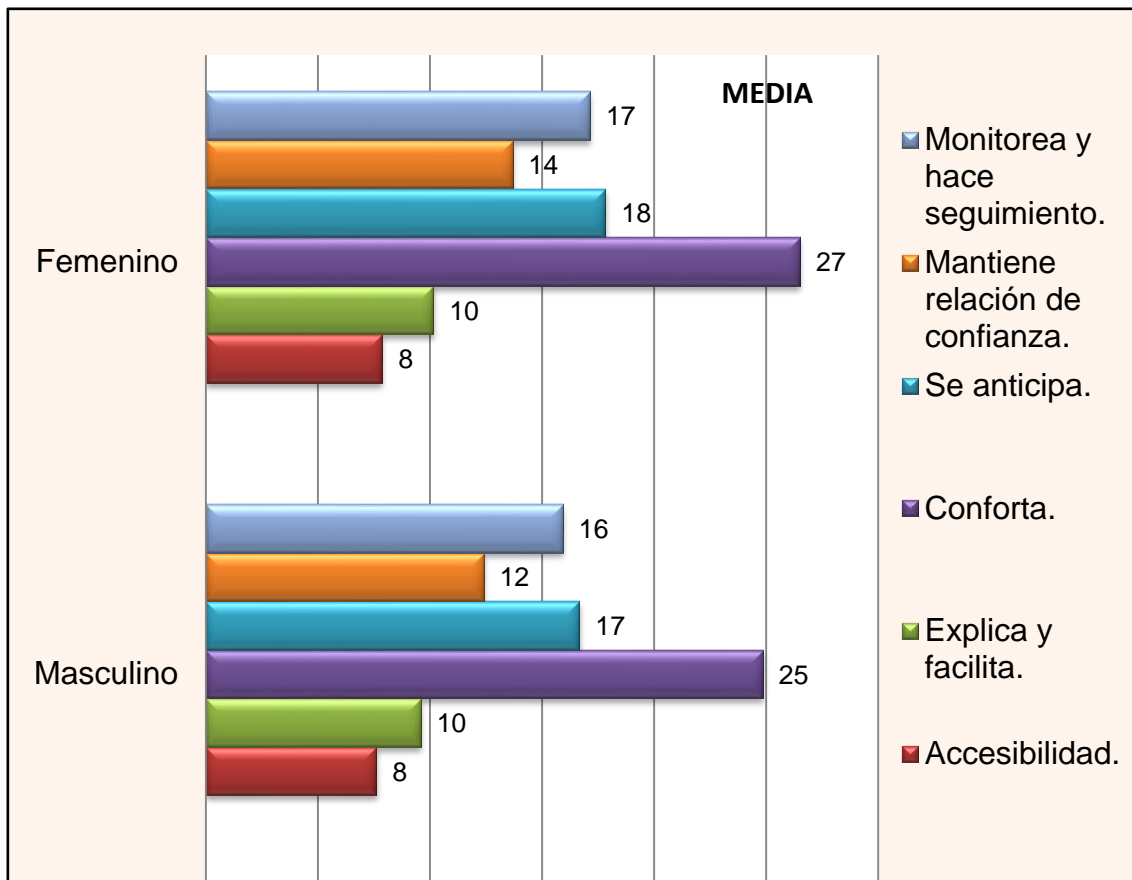
Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad * Sexo	,091	,008
Explica y facilita * Sexo	,121	,015
Conforta * Sexo	,129	,017
Se anticipa * Sexo	,154	,024
Mantiene relación de confianza * Sexo	,202	,041
Monitorea y hace seguimiento * Sexo	,154	,024
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados	,212	,045
Enfermeros * Sexo		

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

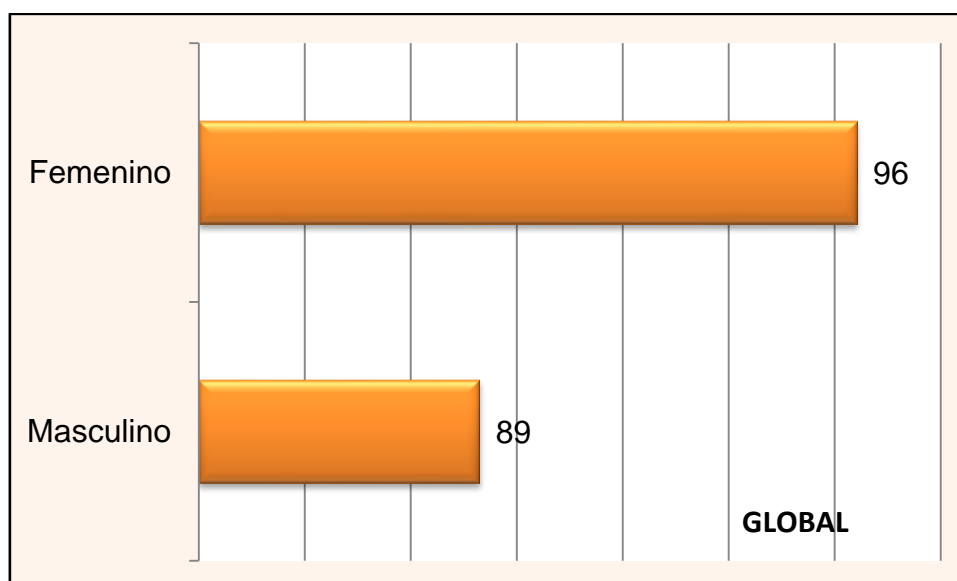
En la comparación de medias se observa que existe una diferencia significativa ($<0,05$) en la dimensión “mantiene relación de confianza”. Con un grado de relación del estadístico ETA de 0,202 puntos (valores eta 0-1), asimismo el porcentaje de explicación por la variable de género es bajo en todas las dimensiones y en la variable global (ETA cuadrado menores a 0,10)

Gráfico N° 19: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones del grado de satisfacción según sexo.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 20: Comparaciones de medias del grado de Satisfacción global según sexo.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Al observar la comparación de medias entre valores del grado de satisfacción

de las distintas dimensiones, existe un incremento en el grado de satisfacción en las mujeres. Es decir, las mujeres se encuentran más satisfechas con la atención de los enfermeros en cada una de las dimensiones y en la atención total. Siendo más heterogéneas las respuestas del grupo de los varones, en el grado de satisfacción global el desvío de los varones es de 19,77 puntos y en las mujeres 12,94 puntos.

Tabla N° 26: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según escolaridad.

Informe

Nivel educativo alcanzado		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Hasta primario completo	Media	7,0000	9,2500	25,3333	16,7500	12,5556	15,7778	88,2857
	Desv. típ.	1,41421	1,48805	4,24264	3,45378	2,06828	4,35252	14,62548
	Mínimo	6,00	8,00	18,00	12,00	10,00	9,00	71,00
	Máximo	10,00	12,00	31,00	21,00	15,00	21,00	110,00
Secundario incompleto completo	Media	7,5882	10,1379	26,0690	17,6207	13,6061	16,3438	95,5238
	Desv. típ.	1,70769	2,60116	7,34327	4,49137	3,91263	4,67395	20,89885
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	33,00	23,00	19,00	23,00	115,00
Terciario universitario incompleto completo y más	Media	7,9474	9,8036	25,5192	17,0741	12,7818	16,7368	92,1667
	Desv. típ.	1,18655	2,25162	6,28565	3,49043	2,87190	3,42536	15,33642
	Mínimo	5,00	1,00	8,00	8,00	4,00	8,00	51,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00
Total	Media	7,7400	9,8602	25,6778	17,2198	13,0412	16,5204	92,7368
	Desv. típ.	1,41863	2,30591	6,42647	3,80293	3,20455	3,92515	16,88816
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	8,163	2	4,081	2,072	,131
	Intra-grupos		191,077	97	1,970		
	Total		199,240	99			
Explica y facilita * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	5,395	2	2,698	,502	,607
	Intra-grupos		483,788	90	5,375		
	Total		489,183	92			
Conforta * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	6,813	2	3,406	,081	,922
	Intra-grupos		3668,843	87	42,171		
	Total		3675,656	89			
Se anticipa * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	7,573	2	3,787	,258	,774
	Intra-grupos		1294,031	88	14,705		
	Total		1301,604	90			
Mantiene relación de confianza * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	16,352	2	8,176	,793	,456
	Intra-grupos		969,483	94	10,314		
	Total		985,835	96			
Monitorea y hace seguimiento * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	8,632	2	4,316	,276	,759
	Intra-grupos		1485,827	95	15,640		
	Total		1494,459	97			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Nivel educativo alcanzado	Inter-grupos	(Combinadas)	317,404	2	158,702	,550	,579
	Intra-grupos		21073,333	73	288,676		
	Total		21390,737	75			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

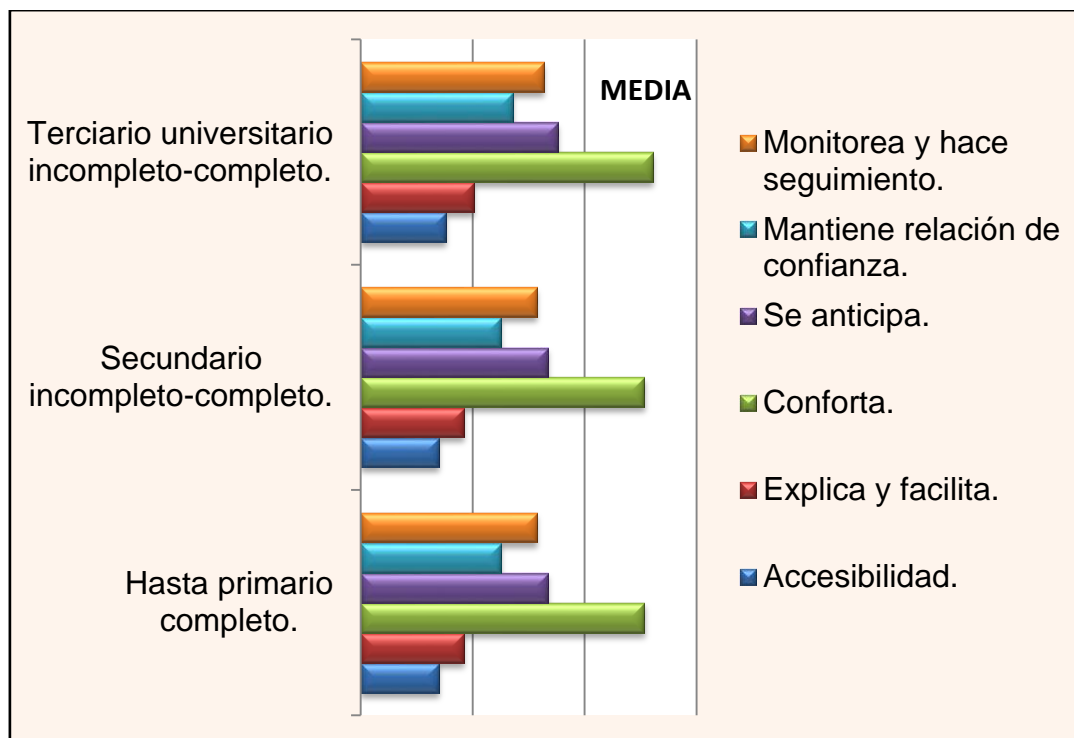
Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad * Nivel educativo alcanzado	,202	,041
Explica y facilita * Nivel educativo alcanzado	,105	,011
Conforta * Nivel educativo alcanzado	,043	,002
Se anticipa * Nivel educativo alcanzado	,076	,006
Mantiene relación de confianza * Nivel educativo alcanzado	,129	,017
Monitorea y hace seguimiento * Nivel educativo alcanzado	,076	,006
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados	,122	,015
Enfermeros * Nivel educativo alcanzado		

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

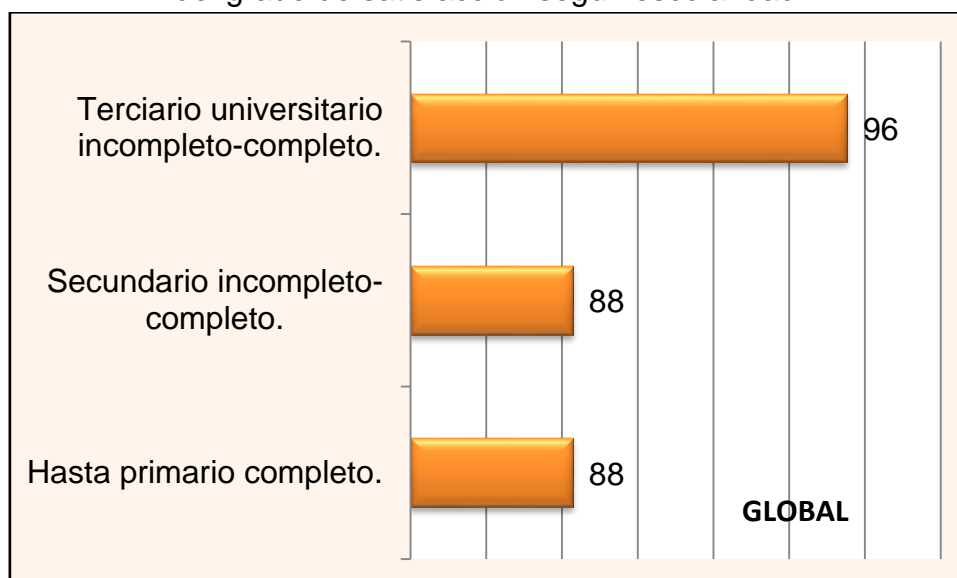
Respecto al nivel educativo alcanzado, se observa que la media de satisfacción global como en las distintas dimensiones no resultan significativamente distinta (sig. >0,05). Al observar el estadístico ETA la dimensión “accesibilidad” presenta la mayor asociación 0.202, asimismo el porcentaje de explicación es bajo (% 0,041) o prácticamente nulo.

Gráfico N° 21: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por del grado de satisfacción según escolaridad.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos reagrupados). Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 22: Comparaciones de media global de las distintas dimensiones por del grado de satisfacción según escolaridad.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Si se observa el gráfico de comparación de medias y los estadísticos de la tabla de informe, se puede decir que aquellos pacientes que presentan un nivel medio educativo (secundario incompleto, completo) presentan un nivel de satisfacción mayor que el nivel alto y bajo. Asimismo si se compara las categorías

“hasta primario completo” con Nivel “terciario universitario incompleto y más”, los pacientes que tienen un nivel bajo de instrucción poseen un menor grado de satisfacción.

Tabla N° 27: Medidas descriptivas y tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según el servicio en el cual se encuentra actualmente.

		Informe						Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Servicio en cual se encuentra actualmente		Accesibilidad:	Explica y facilita:	Conforta:	Se anticipa:	5.-Mantiene relación de confianza:	Monitorea y hace seguimiento	
Clínica General	Media	8,00	34,25	24,25	15,50	13,25	16,50	111,75
	Desv. típ.	1,155	47,211	9,535	4,123	4,924	3,697	54,267
	Mínimo	7	8	10	11	7	12	55
	Máximo	9	105	30	21	19	21	185
Neumonología	Media	7,00	8,50	45,00	15,50	13,25	16,50	105,75
	Desv. típ.	1,826	1,291	40,882	6,658	3,775	5,323	24,171
	Mínimo	5	7	19	6	8	10	93
	Máximo	9	10	106	21	17	23	142
Neurología	Media	7,78	31,56	46,22	16,67	23,89	16,67	142,78
	Desv. típ.	1,641	64,324	45,735	3,674	33,172	3,674	134,284
	Mínimo	5	7	13	12	9	11	58
	Máximo	10	203	126	22	112	22	481
Ginecología-obstetricia	Media	8,36	18,91	44,82	25,91	14,00	18,09	130,09
	Desv. típ.	1,286	29,653	36,943	29,392	2,366	3,646	62,176
	Mínimo	6	4	20	11	11	11	85
	Máximo	10	108	126	114	18	23	282
Cardiología	Media	7,50	8,00	48,00	66,50	12,00	15,75	157,75
	Desv. típ.	1,000	2,449	49,585	93,686	4,243	3,775	79,805
	Mínimo	6	5	18	17	8	12	81
	Máximo	8	11	122	207	18	21	259
Traumatología	Media	7,50	10,22	24,70	25,70	12,20	17,30	102,56
	Desv. típ.	1,269	1,641	7,732	30,576	2,860	3,917	32,696
	Mínimo	6	8	8	8	7	13	68
	Máximo	9	12	34	112	17	23	180
Urología	Media	8,00	23,86	40,14	17,86	13,86	17,14	120,86
	Desv. típ.	1,528	36,251	35,437	3,671	2,268	2,854	46,449
	Mínimo	6	8	21	14	11	14	78
	Máximo	10	106	120	23	17	22	190
Gastroenterología	Media	7,63	21,63	28,56	16,00	11,94	15,50	101,25
	Desv. típ.	1,500	48,145	24,144	3,795	3,021	4,033	53,078
	Mínimo	4	5	9	8	3	3	32
	Máximo	9	202	117	22	18	21	267
Otorrinología	Media	8,80	11,20	28,20	19,60	13,00	17,20	98,00
	Desv. típ.	,447	1,924	8,044	4,336	4,000	3,493	19,672
	Mínimo	8	8	14	12	9	13	65
	Máximo	9	13	34	22	19	22	117
Inmunología	Media	7,80	11,00	30,80	19,80	16,60	18,60	104,60
	Desv. típ.	1,304	1,581	3,421	3,114	2,191	2,702	12,462
	Mínimo	6	9	26	16	13	16	87
	Máximo	9	13	35	23	18	22	115
Infectología	Media	7,00	9,50	25,00	18,00	15,50	17,00	92,00
	Desv. típ.	1,414	,707	2,828	4,243	2,121	,000	7,071
	Mínimo	6	9	23	15	14	17	87
	Máximo	8	10	27	21	17	17	97
Cirugía vascular	Media	7,80	19,80	35,50	26,10	12,30	15,90	117,40
	Desv. típ.	1,687	29,675	29,072	29,756	2,869	5,043	86,235
	Mínimo	5	7	11	9	7	9	51
	Máximo	10	104	116	110	17	22	356
Cirugía torácica	Media	7,40	8,40	43,80	35,20	11,60	16,20	122,60
	Desv. típ.	,548	4,278	34,463	39,664	4,980	5,357	61,720
	Mínimo	7	1	23	15	4	8	80
	Máximo	8	12	105	106	17	21	231
Diálisis	Media	3,00	4,00	7,00	204,00	6,00	6,00	230,00
	Desv. típ.
	Mínimo	3	4	7	204	6	6	230
	Máximo	3	4	7	204	6	6	230
Oncología	Media	7,71	10,14	28,29	17,00	13,71	29,57	106,43
	Desv. típ.	1,113	1,864	4,231	3,830	2,360	37,735	42,493
	Mínimo	6	8	21	12	11	12	77
	Máximo	9	12	33	23	17	115	200
Total	Media	7,74	17,63	34,87	24,56	13,95	17,51	116,82
	Desv. típ.	1,419	32,815	28,478	32,057	10,411	10,586	64,696
	Mínimo	3	1	7	6	3	3	32
	Máximo	10	203	126	207	112	115	481

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad: * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		38,060	14	2,719	1,434	,156
	Intra-grupos		161,180	85	1,896		
	Total		199,240	99			
Explica y facilita: * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		6203,171	14	443,084	,375	,979
	Intra-grupos		99324,001	84	1182,429		
	Total		105527,172	98			
Conforta: * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		7648,145	14	546,296	,639	,825
	Intra-grupos		72639,165	85	854,578		
	Total		80287,310	99			
Se anticipa: * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		43284,074	14	3091,720	4,496	,000
	Intra-grupos		58454,566	85	687,701		
	Total		101738,640	99			
Mantiene relación de confianza: * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		1166,538	14	83,324	,741	,728
	Intra-grupos		9564,212	85	112,520		
	Total		10730,750	99			
Monitorea y hace seguimiento * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		1288,959	14	92,069	,798	,669
	Intra-grupos		9806,031	85	115,365		
	Total		11094,990	99			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Servicio en cual se encuentra actualmente	Inter-grupos (Combinadas)		38605,419	14	2757,530	,623	,839
	Intra-grupos		371585,308	84	4423,635		
	Total		410190,727	98			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad: * Servicio en cual se encuentra actualmente	,437	,191
Explica y facilita: * Servicio en cual se encuentra actualmente	,242	,059
Conforta: * Servicio en cual se encuentra actualmente	,309	,095
Se anticipa: * Servicio en cual se encuentra actualmente	,652	,425
5.-Mantiene relación de confianza: * Servicio en cual se encuentra actualmente	,330	,109
Monitorea y hace seguimiento * Servicio en cual se encuentra actualmente	,341	,116
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Servicio en cual se encuentra actualmente	,307	,094

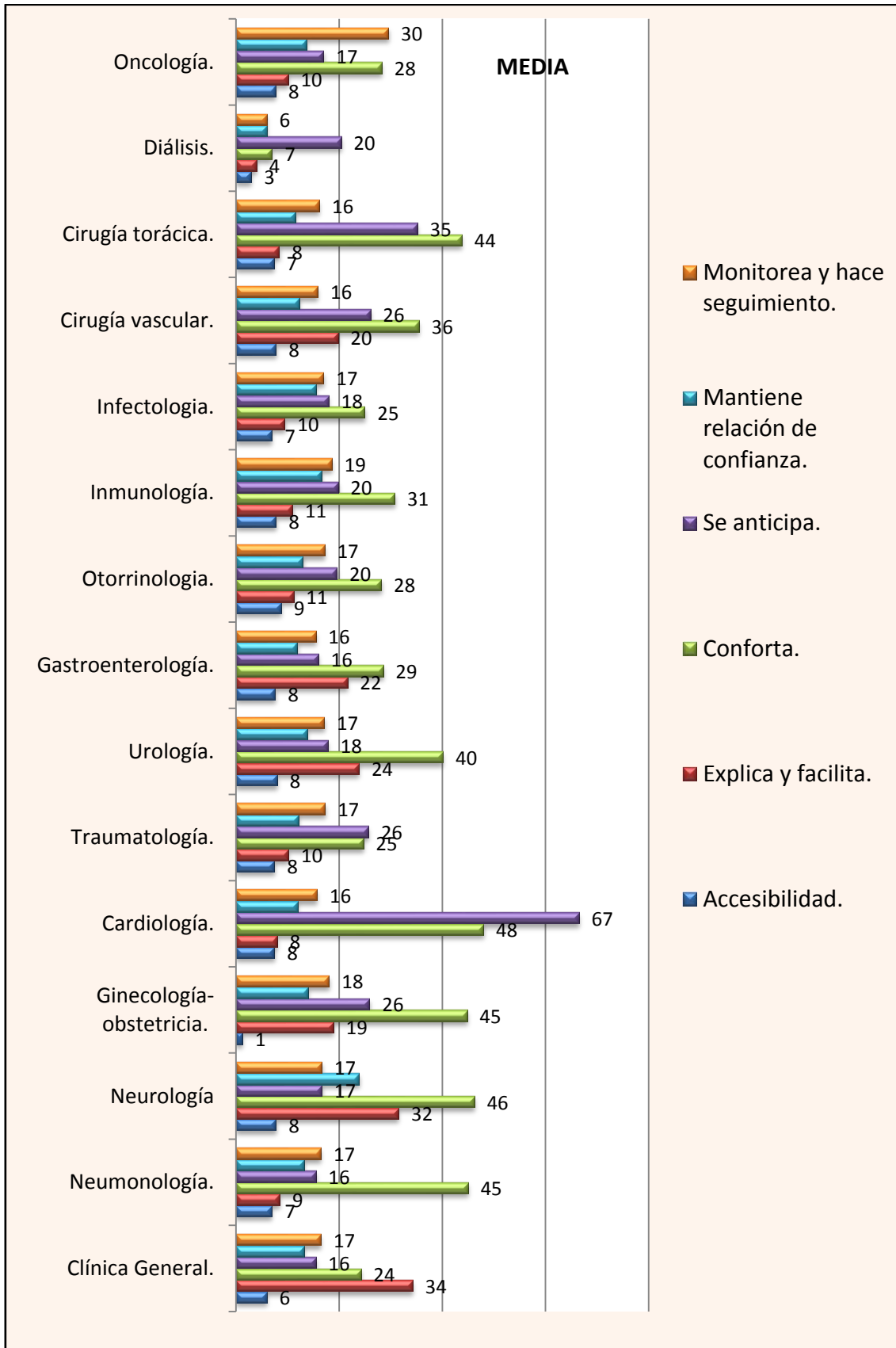
Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La única dimensión de la variable satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre

la calidad de los cuidados enfermeros recibidos cuyas diferencias, según el servicio en el que se encuentra al momento de responder la encuesta, resultan estadísticamente significativas ($F= 4,496$ y $p<0.001$) es la anticipación a las necesidades del paciente que es superior en personas internadas en cardiología (media: 66,5) y cirugía torácica (media: 35,2), seguidas por las de ginecología-obstetricia (media: 25,91) y las de traumatología (media: 24,7) en comparación con el resto que presentó medias inferiores (entre 15,5 y 19,8). Es decir que puede afirmarse que el lugar de internación posterior (vinculado a la patología existente) explica un 42,5% de la variabilidad de la satisfacción con la anticipación de cuidados enfermeros necesarios en U.T.I.: los pacientes cardiológicos o con una cirugía torácica presentaron mayor satisfacción lo cual resulta razonable por el tipo de patologías críticas asociadas a este tipo de especialidades.

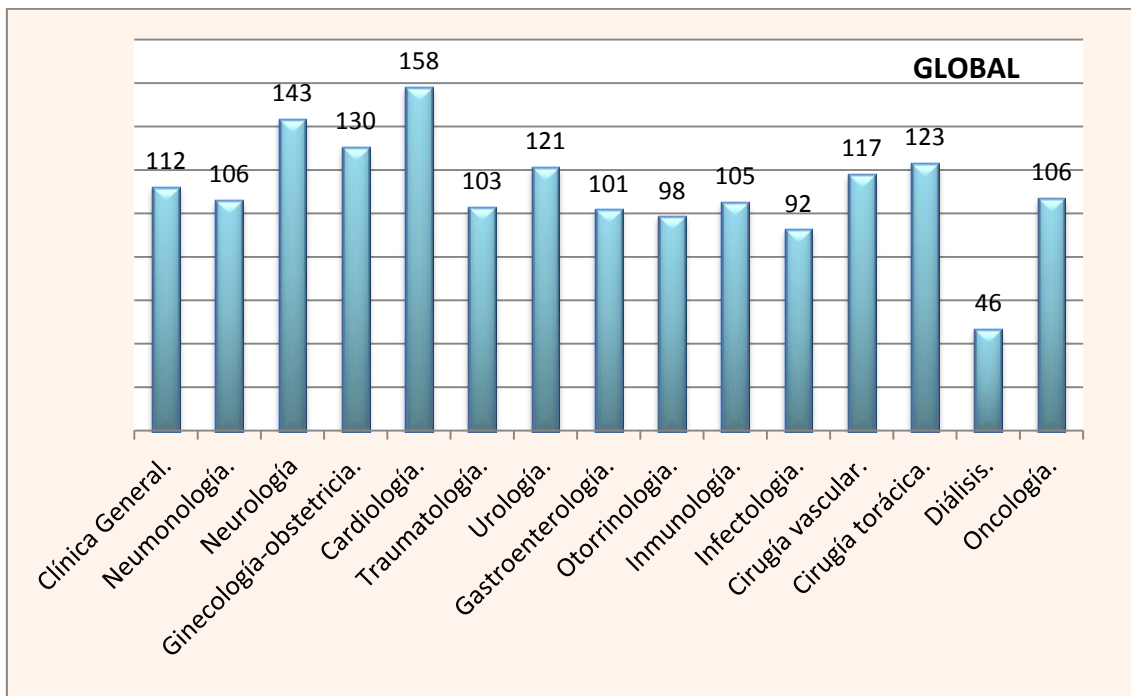
En cambio, para el resto de las dimensiones de la variable y la satisfacción global con los cuidados, las escasas diferencias encontradas entre las medias de cada servicio de internación considerado no resultan estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Gráfico N° 23: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por del grado de satisfacción según el servicio en el cual se encuentra actualmente.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 24: Comparación de medias de grado de satisfacción global según el servicio en el cual se encuentra actualmente.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla N° 28: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según presencia de acompañante durante la internación.

Informe								
Posee acompañante durante la internación		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
No	Media	7,5857	9,9688	25,2813	16,9844	13,3043	16,7536	92,5091
	Desv. típ.	1,48902	2,04682	7,03386	3,94603	3,39682	4,13879	18,61787
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00
Si	Media	8,1000	9,6207	26,6538	17,7778	12,3929	15,9655	93,3333
	Desv. típ.	1,18467	2,82102	4,57771	3,44555	2,61533	3,36455	11,53834
	Mínimo	6,00	1,00	18,00	11,00	4,00	8,00	71,00
	Máximo	10,00	13,00	33,00	23,00	18,00	22,00	115,00
Total	Media	7,7400	9,8602	25,6778	17,2198	13,0412	16,5204	92,7368
	Desv. típ.	1,41863	2,30591	6,42647	3,80293	3,20455	3,92515	16,88816
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		5,554	1	5,554	2,810	,097
	Intra-grupos		193,686	98	1,976		
	Total		199,240	99			
Explica y facilita * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		2,418	1	2,418	,452	,503
	Intra-grupos		486,765	91	5,349		
	Total		489,183	92			
Conforta * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		34,833	1	34,833	,842	,361
	Intra-grupos		3640,822	88	41,373		
	Total		3675,656	89			
Se anticipa * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		11,953	1	11,953	,825	,366
	Intra-grupos		1289,651	89	14,490		
	Total		1301,604	90			
Mantiene relación de confianza * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		16,548	1	16,548	1,622	,206
	Intra-grupos		969,287	95	10,203		
	Total		985,835	96			
Monitorea y hace seguimiento * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		12,682	1	12,682	,822	,367
	Intra-grupos		1481,777	96	15,435		
	Total		1494,459	97			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Posee acompañante durante la internación	Inter-grupos (Combinadas)		10,325	1	10,325	,036	,851
	Intra-grupos		21380,412	74	288,924		
	Total		21390,737	75			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tanto la variable nivel de satisfacción global como sus dimensiones presentan medias distintas estadísticamente significativas ($p > 0,05$), por lo cual

puede afirmarse que la presencia de acompañante durante la internación posterior no incide en la evaluación sobre la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos en U.T.I. Estos resultados son razonables, ya que tal aspecto podría incidir en la percepción de la internación en áreas abiertas donde se permite la presencia de un acompañante que puede cubrir cuidados deficientes, no ocurriendo lo mismo en las áreas cerradas.

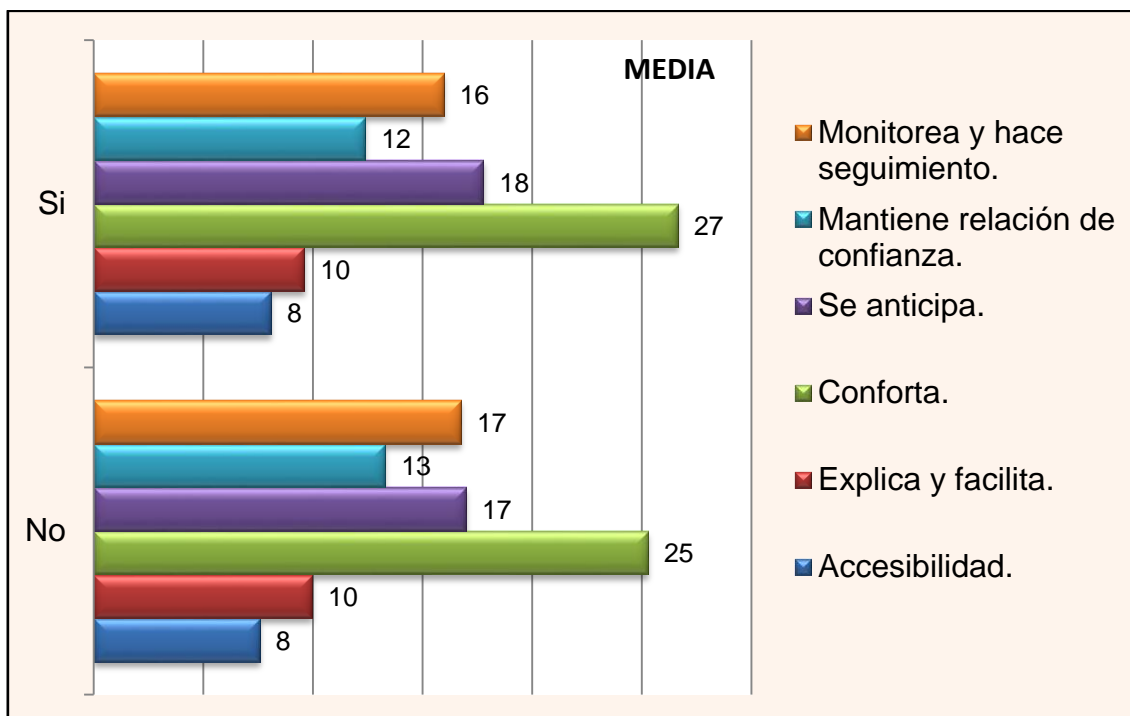
Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad * Posee acompañante durante la internación	,167	,028
Explica y facilita * Posee acompañante durante la internación	,070	,005
Conforta * Posee acompañante durante la internación	,097	,009
Se anticipa * Posee acompañante durante la internación	,096	,009
Mantiene relación de confianza * Posee acompañante durante la internación	,130	,017
Monitorea y hace seguimiento * Posee acompañante durante la internación	,092	,008
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Posee acompañante durante la internación	,022	,000

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

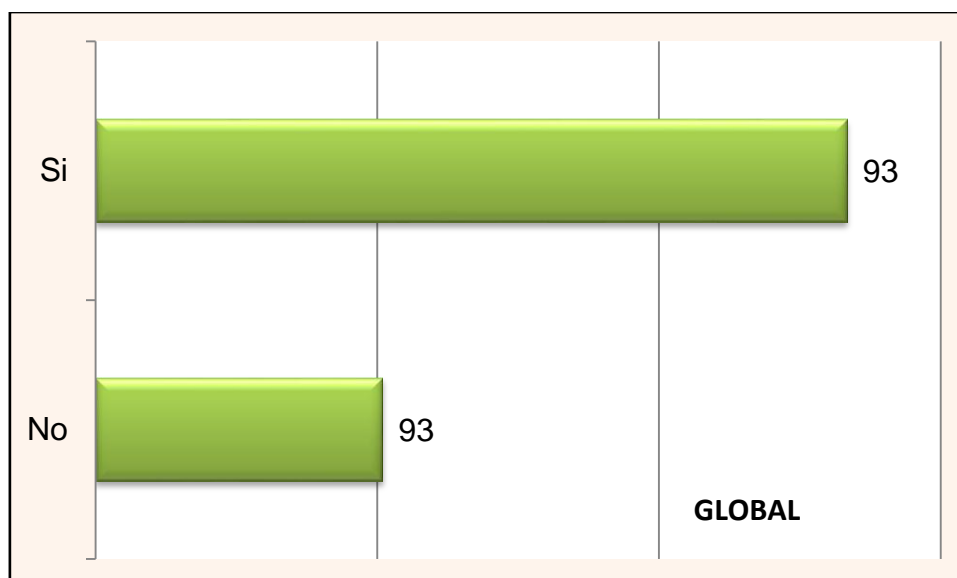
Al analizar los resultados del estadístico ETA se puede decir que existe una baja relación entre las dimensiones del grado de satisfacción, el grado de satisfacción y si posee acompañante o no. Todos los valores excepto la dimensión "mantiene relación" son menores a 0,01. Entonces la relación de grado de satisfacción con la variable independiente "Posee acompañante" y la satisfacción es baja o nula.

Gráfico N° 25: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según posea acompañante.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 26: Comparación de medias de grado de satisfacción global según posea acompañante.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

A pesar que las diferencias de medias no sean significativamente distintas ($> 0,05$) si se observa el gráfico de diferencias de medias de las distintas dimensiones comparando los que poseen acompañantes y no poseen acompañantes, encontramos leves diferencias. En las dimensiones "Accesibilidad", "confor-

ta” y “Se anticipa” en la categoría tiene acompañante aumenta muy levemente la media estadística, en las otras dimensiones disminuye tenuemente. Asimismo si se tiene en cuenta el nivel de satisfacción total en los casos que tienen acompañantes el valor de la media aumenta, aunque levemente.

Tabla N° 29: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según el tipo de cobertura que posee.

Informe

Tipo de cobertura que posee		Accesibilidad:	Explica y facilita:	Conforta:	Se anticipa:	5.-Mantiene relación de confianza:	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Obra social	Media	7,83	17,04	36,77	22,80	14,13	16,59	115,84
	Desv. típ.	1,359	33,345	31,030	27,339	11,427	3,900	67,656
	Mínimo	4	1	8	6	3	3	32
	Máximo	10	203	126	207	112	23	481
Pami	Media	7,33	20,28	26,22	32,56	13,11	21,72	121,22
	Desv. típ.	1,645	31,082	6,208	48,382	2,847	23,607	50,632
	Mínimo	3	4	7	12	6	6	68
	Máximo	10	106	33	204	18	115	230
Total	Media	7,74	17,63	34,87	24,56	13,95	17,51	116,82
	Desv. típ.	1,419	32,815	28,478	32,057	10,411	10,586	64,696
	Mínimo	3	1	7	6	3	3	32
	Máximo	10	203	126	207	112	115	481

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad: * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		3,630	1	3,630	1,819	,181
	Intra-grupos		195,610	98	1,996		
	Total		199,240	99			
Explica y facilita: * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		154,672	1	154,672	,142	,707
	Intra-grupos		105372,500	97	1086,314		
	Total		105527,172	98			
Conforta: * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		1641,601	1	1641,601	2,046	,156
	Intra-grupos		78645,709	98	802,507		
	Total		80287,310	99			
Se anticipa: * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		1403,318	1	1403,318	1,371	,245
	Intra-grupos		100335,322	98	1023,830		
	Total		101738,640	99			
5.-Mantiene relación de confianza: * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		15,448	1	15,448	,141	,708
	Intra-grupos		10715,302	98	109,340		
	Total		10730,750	99			
Monitorea y hace seguimiento * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		389,476	1	389,476	3,565	,062
	Intra-grupos		10705,514	98	109,240		
	Total		11094,990	99			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Tipo de cobertura que posee	Inter-grupos (Combinadas)		426,703	1	426,703	,101	,751
	Intra-grupos		409764,025	97	4224,371		
	Total		410190,727	98			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Medidas de asociación

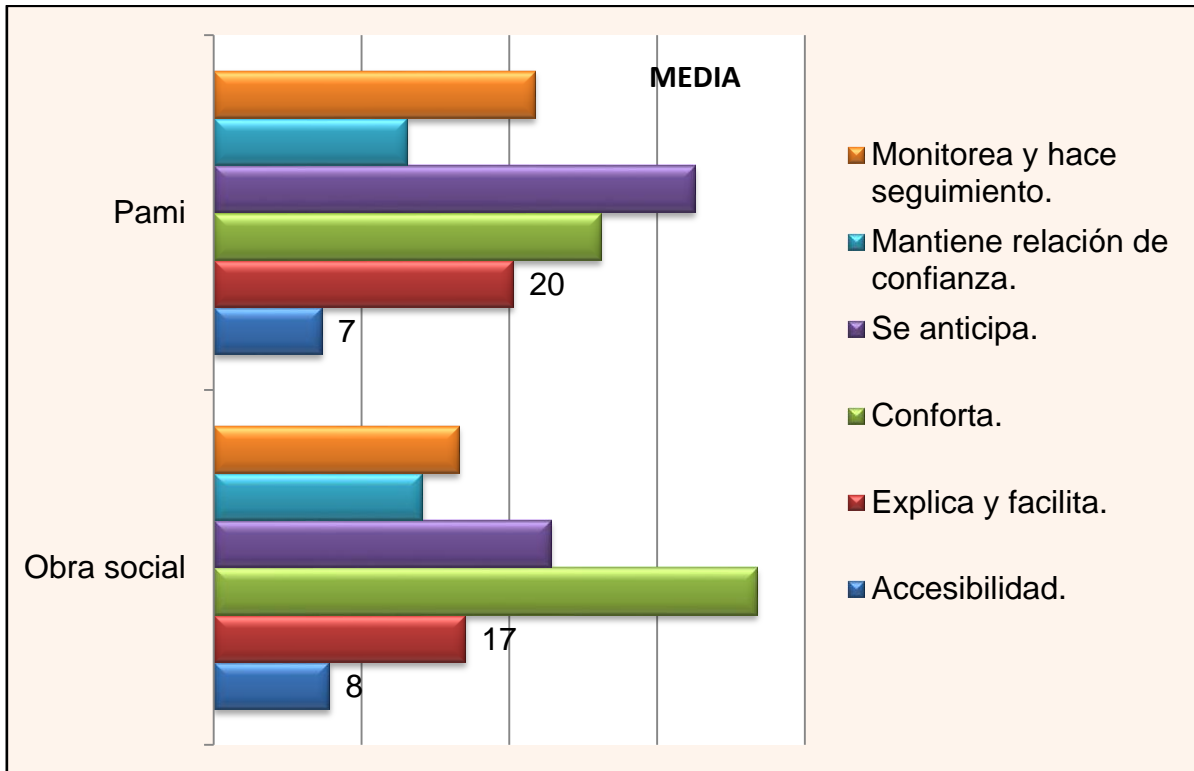
	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad: * Tipo de cobertura que posee	,135	,018
Explica y facilita: * Tipo de cobertura que posee	,038	,001
Conforta: * Tipo de cobertura que posee	,143	,020
Se anticipa: * Tipo de cobertura que posee	,117	,014
5.-Mantiene relación de confianza: * Tipo de cobertura que posee	,038	,001
Monitorea y hace seguimiento * Tipo de cobertura que posee	,187	,035
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Tipo de cobertura que posee	,032	,001

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La única dimensión de la variable satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados enfermeros recibidos cuyas diferencias, según el tipo de cobertura, casi alcanzan significación estadística ($F= 3,565$ y $p=0.062$) por presentar un escaso nivel de error, es el monitoreo y seguimiento realizados por el personal de enfermería durante la internación en U.T.I., los cuales son algo superiores en personas internadas con obra social (media: 16,59) que en quienes tenían PAMI (media: 21,72). Por ello, puede afirmarse que existe una tendencia respecto a que la satisfacción el monitoreo y seguimiento realizado por el personal de enfermería se vea explicada por el tipo de cobertura que tienen los pacientes: los que tienen PAMI estuvieron más satisfechos que los que tenían otra obra social. Estos datos pueden estar relacionados con la edad del paciente (tal como se observara, los de mayor edad presentaban una mayor satisfacción global con los cuidados enfermeros en general, aunque no específicamente con esta dimensión).

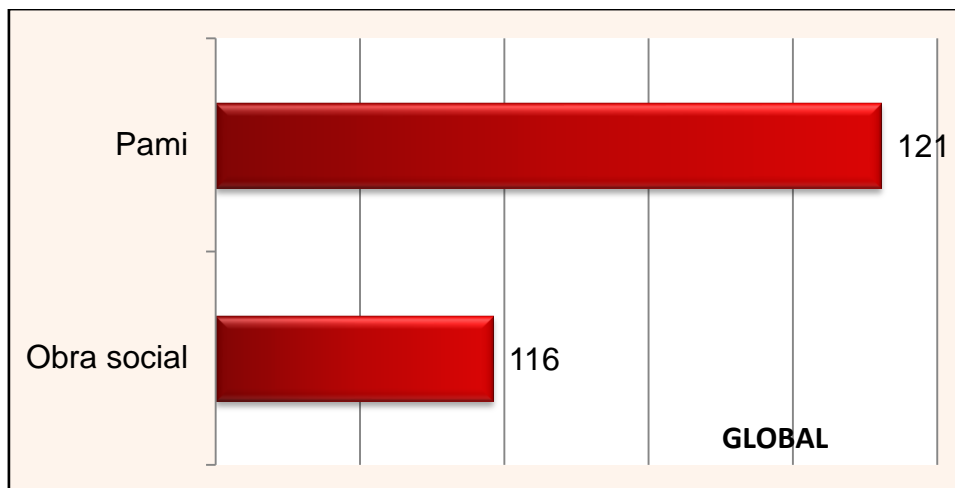
En cambio, para el resto de las dimensiones de la variable y la satisfacción global con los cuidados, las pequeñas diferencias encontradas entre las medias en función del tipo de cobertura, no resultan estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Gráfico N° 27: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según tipo de cobertura.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 28: Comparación de medias de grado de satisfacción global según tipo de cobertura.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011. Las modalidades de coberturas no consignadas no registraban valores.

Se observa que el grado de satisfacción global y sus dimensiones ascienden con el tipo de cobertura PAMI con excepción de la dimensión “conforta” que desciende de 36,77 puntos a 26,22 puntos en el nivel de satisfacción.

Tabla N° 30: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según el motivo de internación en U.T.I..

Informe								
Motivo de internación en UTI		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Politraumatismo	Media	8,3333	11,6667	32,3333	19,3333	13,6667	20,6667	106,0000
	Desv. típ.	,57735	,57735	2,08167	1,52753	1,15470	2,51661	4,00000
	Mínimo	8,00	11,00	30,00	18,00	13,00	18,00	102,00
	Máximo	9,00	12,00	34,00	21,00	15,00	23,00	110,00
Post-quirúrgico complicado	Media	7,6071	9,2963	25,1304	17,2692	13,1111	16,5714	91,8571
	Desv. típ.	1,34272	2,56927	5,08388	3,28095	3,21455	3,74590	14,25583
	Mínimo	5,00	1,00	15,00	11,00	4,00	8,00	64,00
	Máximo	9,00	14,00	34,00	23,00	19,00	23,00	117,00
Sepsis	Media	6,9286	9,0769	23,2143	17,2308	13,1429	15,3571	87,7500
	Desv. típ.	1,59153	2,21591	8,56809	4,26524	4,22187	4,66752	20,91596
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	9,00	6,00	6,00	51,00
	Máximo	9,00	13,00	35,00	23,00	18,00	22,00	115,00
Por monitoreo	Media	8,1628	10,6667	26,4500	17,3421	12,9048	16,8095	94,4242
	Desv. típ.	1,37893	1,97795	6,64464	4,00861	3,14534	3,92763	18,19861
	Mínimo	4,00	5,00	8,00	8,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	33,00	23,00	19,00	23,00	114,00
Descompensación hemodinámica en piso	Media	7,3636	8,9000	25,7778	16,3000	13,2000	15,7000	92,5000
	Desv. típ.	1,28629	2,23358	4,35252	4,49815	2,85968	3,40098	11,82793
	Mínimo	5,00	5,00	18,00	6,00	8,00	10,00	77,00
	Máximo	9,00	13,00	30,00	21,00	18,00	21,00	109,00
Total	Media	7,7475	9,8804	25,7303	17,2556	13,0521	16,5361	92,9467
	Desv. típ.	1,42387	2,31024	6,44340	3,80880	3,21958	3,94246	16,90186
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		20,007	4	5,002	2,631	,039
	Intra-grupos		178,680	94	1,901		
	Total		198,687	98			
Explica y facilita * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		60,899	4	15,225	3,118	,019
	Intra-grupos		424,786	87	4,883		
	Total		485,685	91			
Conforta * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		248,440	4	62,110	1,532	,200
	Intra-grupos		3405,088	84	40,537		
	Total		3653,528	88			
Se anticipa * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		22,380	4	5,595	,375	,826
	Intra-grupos		1268,742	85	14,926		
	Total		1291,122	89			
Mantiene relación de confianza * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		2,473	4	,618	,057	,994
	Intra-grupos		982,267	91	10,794		
	Total		984,740	95			
Monitorea y hace seguimiento * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		80,809	4	20,202	1,317	,270
	Intra-grupos		1411,314	92	15,340		
	Total		1492,124	96			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Motivo de internación en UTI	Inter-grupos (Combinadas)		933,405	4	233,351	,808	,524
	Intra-grupos		20206,382	70	288,663		
	Total		21139,787	74			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad * Motivo de internación en UTI	,317	,101
Explica y facilita * Motivo de internación en UTI	,354	,125
Conforta * Motivo de internación en UTI	,261	,068
Se anticipa * Motivo de internación en UTI	,132	,017
Mantiene relación de confianza * Motivo de internación en UTI	,050	,003
Monitorea y hace seguimiento * Motivo de internación en UTI	,233	,054
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados	,210	,044
Enfermeros * Motivo de internación en UTI		

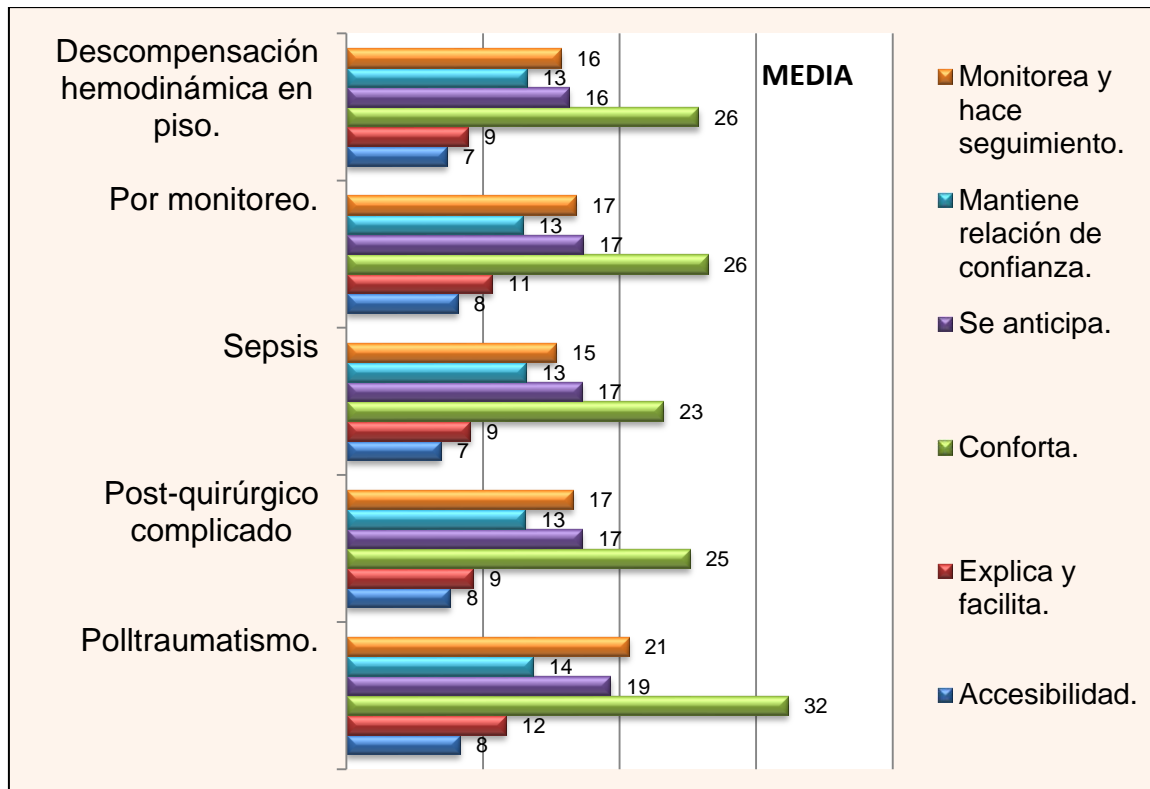
Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Las dimensiones de la satisfacción que tienen diferencias de medias significativas son “explica y facilita” ($F=3,118$ – sig. $< 0,05$) y “accesibilidad” ($F=2,631$ – sig. $< 0,05$), cuyas medias más altas para la primera son politraumatismos (media: 8,33) y monitoreos (media: 8,16). Y para Explica y facilita las medias altas corresponden a politraumatismos (media: 11,67) y monitoreos (media: 10,67).

Si se observa el estadístico de asociación ETA, las dimensiones “Explica y facilita” y “Accesibilidad” presentan una asociación de moderada-alta (ETA 0,36 y 0,32 respectivamente) En donde el motivo de internación explica un 12,5% de la dimensión “explica y facilita” y un 10,1% de la dimensión “accesibilidad”, por lo tanto se podría decir que los pacientes con mayor probabilidad de estar conscientes (no intubados) internados con politraumatismos y monitoreo presentaron mayor satisfacción que el resto.

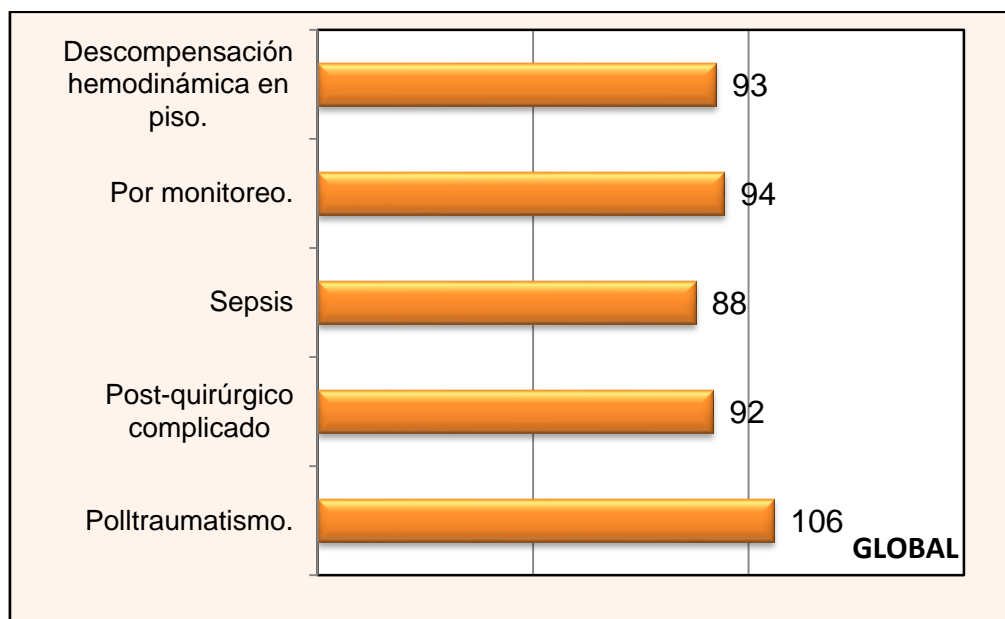
Para el resto de las dimensiones de la variable y la satisfacción global con los cuidados, las escasas diferencias encontradas entre las medias de los distintos motivos de internación en U.T.I., no resultan estadísticamente significativas (sig. $>0,05$).

Gráfico N° 29: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por Motivo de internación.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 30: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global según el motivo de internación.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Politraumatismo arroja el valor de la media estadística más alta, lectura que se

desprende de la lectura del gráfico de comparación de medias y de la tabla informe, en todas las dimensiones de la variable analizada y en la satisfacción global.

Tabla N° 31: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según la cantidad de días de estadía en U.T.I.

Informe

Cantidad de días de estadía en UTI		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
hasta 3 días	Media	8,2727	10,5238	26,5238	17,5263	12,6818	16,8636	92,7647
	Desv. típ.	1,48586	2,01542	6,68296	4,01896	3,28614	4,41098	21,78741
	Mínimo	4,00	5,00	9,00	8,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	13,00	33,00	23,00	17,00	23,00	114,00
entre 4 y 6 días	Media	7,8810	10,1053	26,7714	17,0244	13,5500	17,0000	95,0313
	Desv. típ.	1,25333	2,01064	5,35277	3,97170	2,84605	3,47851	12,88531
	Mínimo	5,00	4,00	8,00	6,00	7,00	10,00	77,00
	Máximo	10,00	14,00	34,00	23,00	19,00	23,00	117,00
entre 7 y 15 días	Media	7,4074	9,4400	25,5769	17,8750	13,2308	16,2692	95,2000
	Desv. típ.	1,44806	2,95917	6,59802	3,26127	3,58115	4,23847	14,39152
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	9,00	4,00	6,00	51,00
	Máximo	9,00	14,00	35,00	22,00	18,00	23,00	115,00
entre 16 y 30 días	Media	6,5000	9,0000	23,0000	17,6667	12,5000	14,5000	83,3333
	Desv. típ.	1,73205	2,00000	8,54400	4,72582	3,78594	5,19615	27,64658
	Mínimo	5,00	8,00	15,00	14,00	10,00	9,00	64,00
	Máximo	9,00	12,00	32,00	23,00	18,00	21,00	115,00
más de 31 días	Media	6,5000	8,0000	17,2500	14,0000	10,2500	14,2500	70,3333
	Desv. típ.	,57735	,00000	4,99166	3,00000	2,36291	1,70783	13,31666
	Mínimo	6,00	8,00	10,00	11,00	7,00	12,00	55,00
	Máximo	7,00	8,00	21,00	17,00	12,00	16,00	79,00
Total	Media	7,7273	9,8804	25,8090	17,2778	13,0833	16,5567	93,1067
	Desv. típ.	1,42010	2,31024	6,34048	3,78355	3,19429	3,92898	16,68919
	Mínimo	3,00	1,00	7,00	6,00	3,00	3,00	32,00
	Máximo	10,00	14,00	35,00	23,00	19,00	23,00	117,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	22,349	4	5,587	2,996	,022
	Intra-grupos		175,287	94	1,865		
	Total		197,636	98			
Explica y facilita * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	32,708	4	8,177	1,570	,189
	Intra-grupos		452,977	87	5,207		
	Total		485,685	91			
Conforta * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	361,247	4	90,312	2,388	,057
	Intra-grupos		3176,506	84	37,816		
	Total		3537,753	88			
Se anticipa * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	45,051	4	11,263	,779	,542
	Intra-grupos		1229,004	85	14,459		
	Total		1274,056	89			
Mantiene relación de confianza * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	46,295	4	11,574	1,141	,342
	Intra-grupos		923,038	91	10,143		
	Total		969,333	95			
Monitorea y hace seguimiento * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	50,482	4	12,620	,811	,521
	Intra-grupos		1431,456	92	15,559		
	Total		1481,938	96			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Cantidad de días de estadía en UTI	Inter-grupos	(Combinadas)	2050,586	4	512,646	1,933	,114
	Intra-grupos		18560,561	70	265,151		
	Total		20611,147	74			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Medidas de asociación

	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad * Cantidad de días de estadía en UTI	,336	,113
Explica y facilita * Cantidad de días de estadía en UTI	,260	,067
Conforta * Cantidad de días de estadía en UTI	,320	,102
Se anticipa * Cantidad de días de estadía en UTI	,188	,035
Mantiene relación de confianza * Cantidad de días de estadía en UTI	,219	,048
Monitorea y hace seguimiento * Cantidad de días de estadía en UTI	,185	,034
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados	,315	,099
Enfermeros * Cantidad de días de estadía en UTI		

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

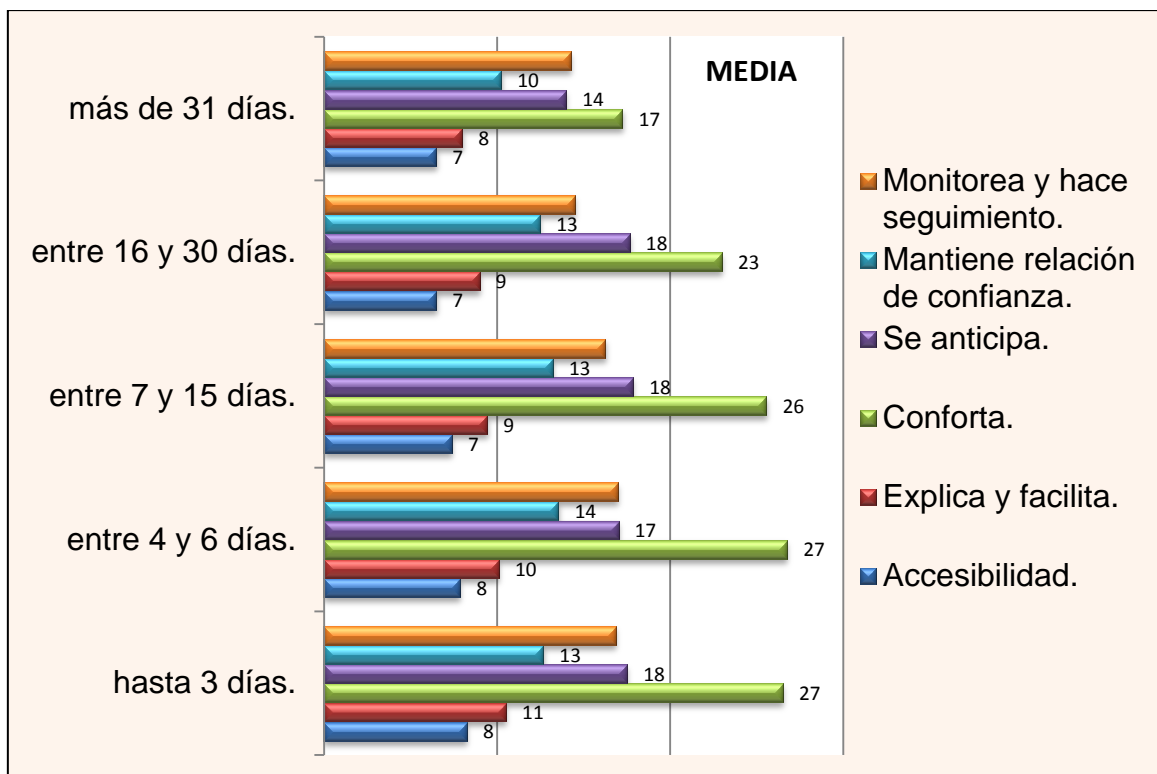
La dimensión de la satisfacción que tienen diferencias de medias significativas es “accesibilidad” ($F=2,996$ – sig. $< 0,05$), cuya media más alta corresponde “hasta 3 días” (media: 8,27).

El estadístico de asociación ETA para la dimensión “Accesibilidad” presenta una asociación moderada - alta (ETA 0,34) y la cantidad de días explica un 11,3% de dicha dimensión.

Una dimensión que no llega a tener medias estadísticas significativamente distintas es confort (sig. 0,057), su asociación es de 0,32 (ETA 0-1) y explica un 10,2%.

El resto de las dimensiones de la variable y la satisfacción global con los cuidados, las escasas diferencias encontradas entre la cantidad de días de internación en U.T.I., no resultan estadísticamente significativas (sig. $>0,05$).

Gráfico N° 31: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por según la cantidad de días de estadía en U.T.I.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia, (datos agrupados). Marzo a Junio de 2011.

Gráfico N° 32: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global según la cantidad de días de estadía en U.T.I.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. (datos reagrupados). Marzo a junio de 2011.

En los gráficos de diferencias de medias, tanto de las dimensiones como del grado de satisfacción global, se pueden observar que a medida que aumentan

los días de internación, disminuye el nivel de satisfacción tanto en las dimensiones como la satisfacción global.

Tabla N° 32: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según la existencia de una internación anterior en la U.T.I. del HCJSM.

Informe

Anterior internación en UTI del HCJSM		Accesibilidad	Explica y facilita	Conforta	Se anticipa	Mantiene relación de confianza	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Una vez	Media	7,8500	9,7778	26,1579	18,0526	13,2500	16,9000	95,1250
	Desv. típ.	1,34849	2,10198	4,70535	4,28789	2,51050	3,27511	12,22497
	Mínimo	5,00	5,00	18,00	6,00	8,00	10,00	80,00
	Máximo	10,00	13,00	33,00	23,00	18,00	22,00	114,00
Menos de tres	Media	6,0000	9,0000	20,7500	16,5000	11,2500	14,7500	93,0000
	Desv. típ.	2,44949	3,46410	9,74252	3,53553	4,11299	6,60177	19,79899
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	14,00	6,00	6,00	79,00
	Máximo	9,00	12,00	29,00	19,00	16,00	22,00	107,00
Más de tres veces	Media	6,8000	8,7500	26,2500	15,5000	13,2000	16,0000	86,6667
	Desv. típ.	,83666	,95743	3,77492	1,29099	1,64317	,70711	9,50438
	Mínimo	6,00	8,00	21,00	14,00	12,00	15,00	77,00
	Máximo	8,00	10,00	29,00	17,00	16,00	17,00	96,00
Total	Media	7,4138	9,5000	25,3704	17,5200	12,9655	16,4483	93,7143
	Desv. típ.	1,57020	2,17715	5,63743	3,93827	2,63876	3,55152	12,23986
	Mínimo	3,00	4,00	7,00	6,00	6,00	6,00	77,00
	Máximo	10,00	13,00	33,00	23,00	18,00	22,00	114,00

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		13,684	2	6,842	3,214	,057
	Intra-grupos		55,350	26	2,129		
	Total		69,034	28			
Explica y facilita * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		4,639	2	2,319	,469	,632
	Intra-grupos		113,861	23	4,950		
	Total		118,500	25			
Conforta * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		100,270	2	50,135	1,657	,212
	Intra-grupos		726,026	24	30,251		
	Total		826,296	26			
Se anticipa * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		23,793	2	11,896	,751	,484
	Intra-grupos		348,447	22	15,839		
	Total		372,240	24			
Mantiene relación de confianza * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		13,666	2	6,833	,980	,389
	Intra-grupos		181,300	26	6,973		
	Total		194,966	28			
Monitorea y hace seguimiento * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		16,622	2	8,311	,642	,534
	Intra-grupos		336,550	26	12,944		
	Total		353,172	28			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Anterior internación en UTI del HCJSM	Inter-grupos (Combinadas)		181,869	2	90,935	,582	,569
	Intra-grupos		2814,417	18	156,356		
	Total		2996,286	20			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Medidas de Asociación

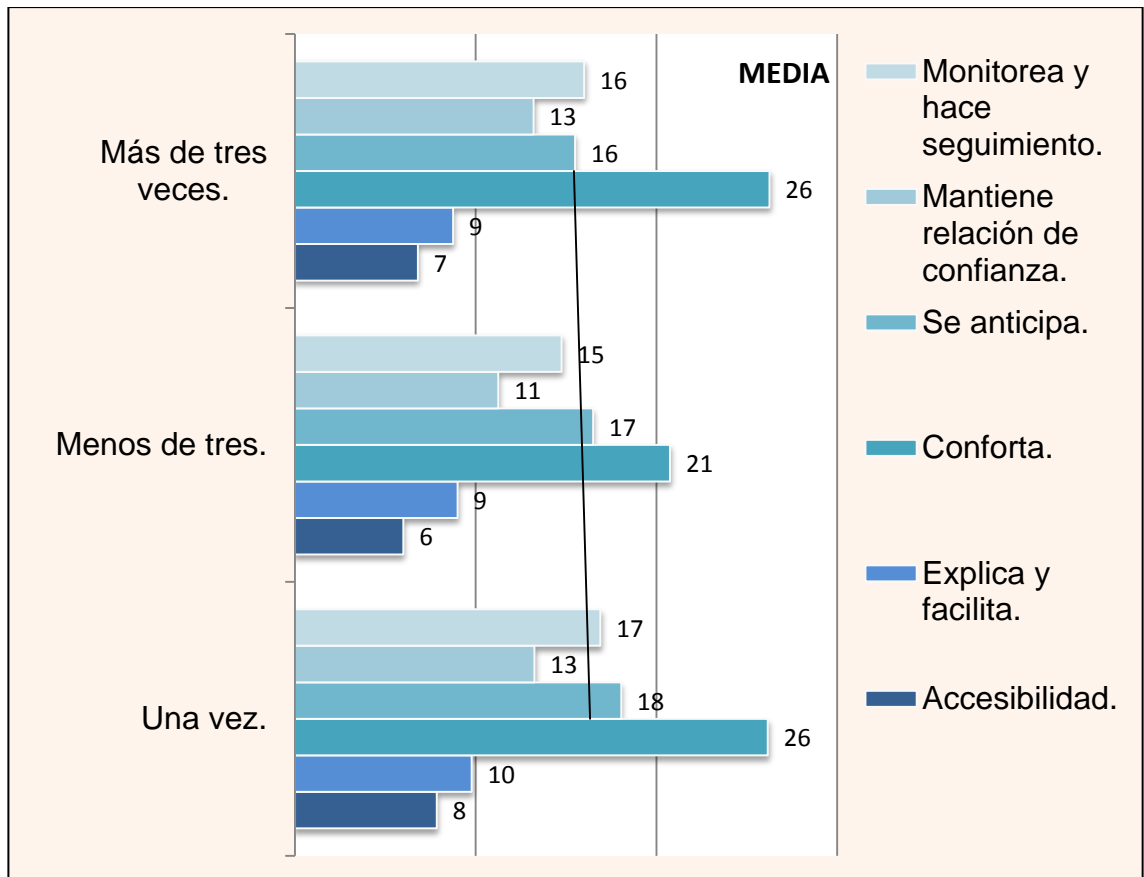
	Eta	Eta Squared
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Anterior internación en UTI del HCJSM	,203	,041
Accesibilidad: * Anterior internación en UTI del HCJSM	,445	,198
Explica y facilita: * Anterior internación en UTI del HCJSM	,136	,019
Conforta: * Anterior internación en UTI del HCJSM	,311	,097
Se anticipa: * Anterior internación en UTI del HCJSM	,390	,152
5.-Mantiene relación de confianza: * Anterior internación en UTI del HCJSM	,265	,070
Monitorea y hace seguimiento * Anterior internación en UTI del HCJSM	,217	,047

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La única dimensión de la variable satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados enfermeros recibidos cuyas diferencias, según las internaciones previas en U.T.I., se acerca a la significación estadística ($F=3,214$ y $p=0.057$) es la accesibilidad del personal de enfermería que es algo superior en personas internadas una vez anteriormente (media: 7,85) que quienes se internaron más de una vez (dos o tres veces media: 6; más de tres veces, media: 6,8). Por ello, puede afirmarse que existe una tendencia respecto a que la satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería se vea explicada por la cantidad de veces que fue internado previamente en la misma U.T.I.: cuantas menos veces, más satisfecho está con este aspecto de los cuidados enfermeros.

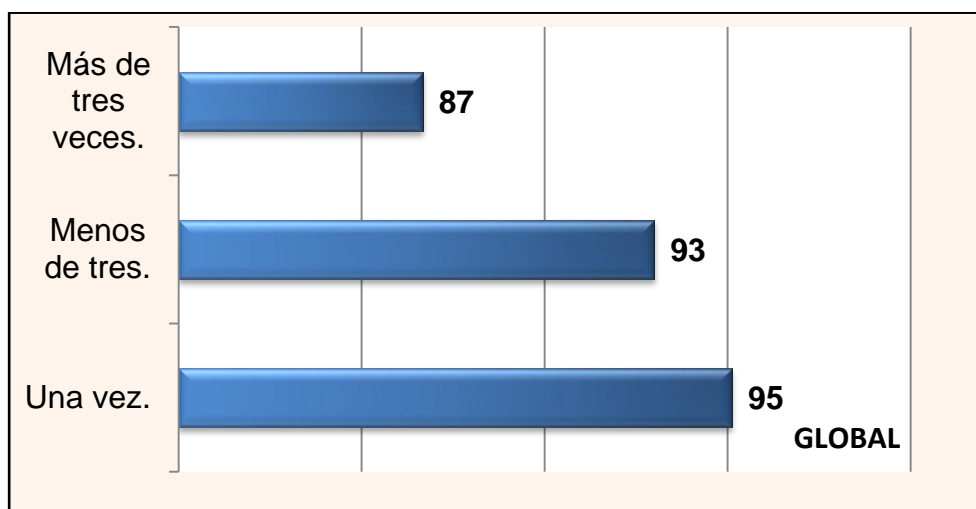
En cambio, para el resto de las dimensiones de la variable y la satisfacción global con los cuidados, las escasas diferencias encontradas entre las medias de la cantidad de veces que estuvo previamente internado en U.T.I., no resultan estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Gráfico N° 33: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según la existencia de una internación anterior en la U.T.I. del HCJSM.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 34: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global según la existencia de una internación anterior en la U.T.I. del HCJSM.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Si bien las medias de grado de satisfacción no son estadísticamente distintas (sig. > 0,05) el gráfico de diferencias de medias de las dimensiones y los resul-

tados de la tabla de informes arrojan como resultado que a medida que aumentan las cantidades de veces que el paciente fue internado la satisfacción disminuye.

Tabla N° 33: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según la posibilidad de elección del lugar de internación.

Informe

Posibilidad de elección del lugar de internación:		Accesibilidad:	Explica y facilita:	Conforta:	Se anticipa:	5.-Mantiene relación de confianza:	Monitorea y hace seguimiento	Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros
Si	Media	7,82	19,69	34,65	19,46	14,27	18,07	114,69
	Desv. típ.	1,407	37,202	28,423	16,357	12,143	12,257	68,873
	Mínimo	4	4	8	6	3	3	32
	Máximo	10	203	126	114	112	115	481
No	Media	7,54	13,27	33,42	35,69	13,46	16,38	119,77
	Desv. típ.	1,503	18,827	27,247	53,387	3,252	4,001	52,046
	Mínimo	3	4	7	12	6	6	71
	Máximo	9	105	126	207	19	22	259
Total	Media	7,74	17,95	34,32	23,81	14,05	17,62	116,06
	Desv. típ.	1,431	33,267	27,977	31,456	10,507	10,690	64,523
	Mínimo	3	4	7	6	3	3	32
	Máximo	10	203	126	207	112	115	481

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Tabla de ANOVA

			Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Accesibilidad: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		1,475	1	1,475	,719	,399
	Intra-grupos		195,081	95	2,053		
	Total		196,557	96			
Explica y facilita: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		780,538	1	780,538	,703	,404
	Intra-grupos		104354,201	94	1110,151		
	Total		105134,740	95			
Conforta: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		28,549	1	28,549	,036	,850
	Intra-grupos		75110,543	95	790,637		
	Total		75139,093	96			
Se anticipa: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		5011,459	1	5011,459	5,291	,024
	Intra-grupos		89981,200	95	947,171		
	Total		94992,660	96			
5.-Mantiene relación de confianza: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		12,365	1	12,365	,111	,740
	Intra-grupos		10586,377	95	111,436		
	Total		10598,742	96			
Monitorea y hace seguimiento * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		54,085	1	54,085	,471	,494
	Intra-grupos		10916,802	95	114,914		
	Total		10970,887	96			
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros * Posibilidad de elección del lugar de internación:	Inter-grupos (Combinadas)		489,924	1	489,924	,117	,734
	Intra-grupos		395019,701	94	4202,337		
	Total		395509,625	95			

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Medidas de asociación

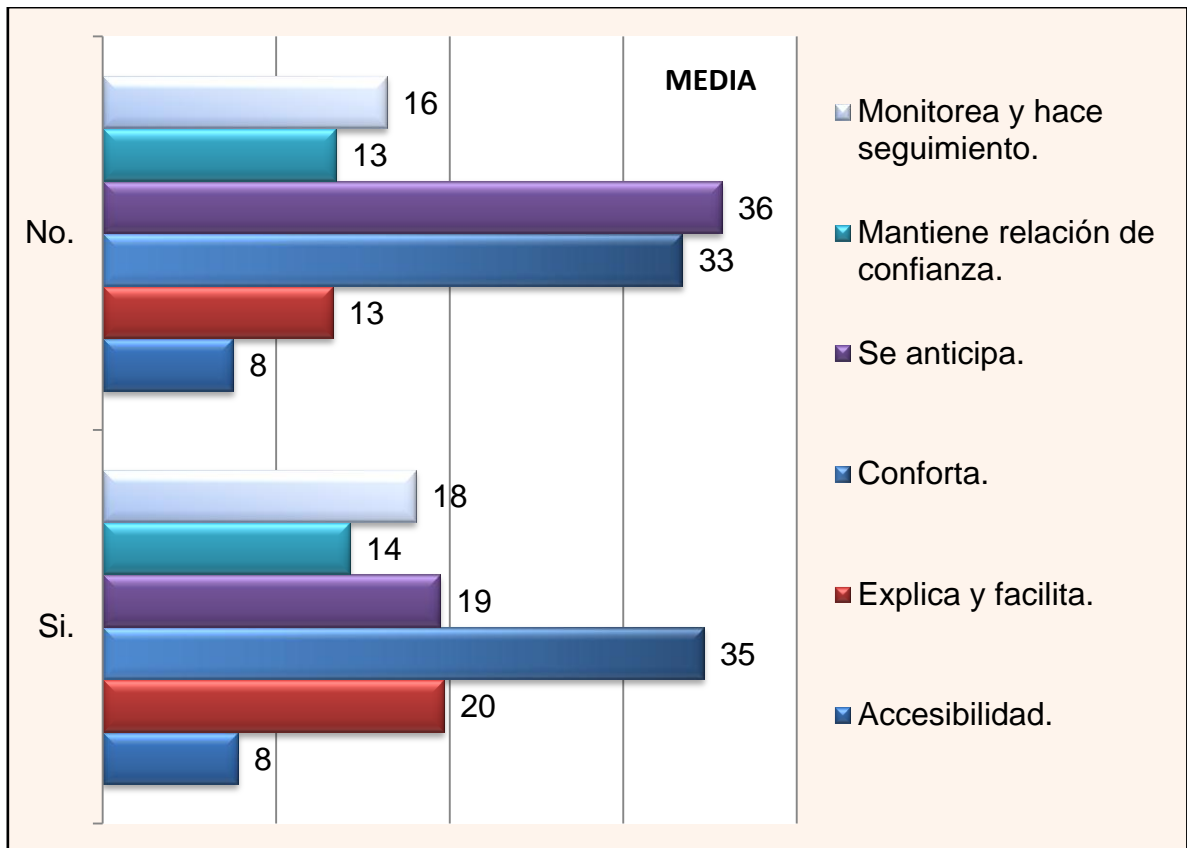
	Eta	Eta cuadrado
Accesibilidad: *		
Posibilidad de elección del lugar de internación:	,087	,008
Explica y facilita: *		
Posibilidad de elección del lugar de internación:	,086	,007
Conforta: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	,019	,000
Se anticipa: *		
Posibilidad de elección del lugar de internación:	,230	,053
5.-Mantiene relación de confianza: * Posibilidad de elección del lugar de internación:	,034	,001
Monitorea y hace seguimiento *		
Posibilidad de elección del lugar de internación:	,070	,005
Satisfacción a pacientes de UTI sobre la Calidad de los Cuidados Enfermeros *		
Posibilidad de elección del lugar de internación:	,035	,001

Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

La única dimensión de la variable satisfacción de los pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados enfermeros recibidos cuyas diferencias, según la posibilidad de elegir el lugar de internación, resultan estadísticamente significativas ($F= 5,291$ y $p<0.05$) es la anticipación a las necesidades del paciente que es superior en personas que no pudieron elegir el lugar de internación (media: 35,69) que en las que sí pudieron (media: 19,45). Es decir que puede afirmarse que la posibilidad de elegir el lugar de internación explica un 5,3% de la variabilidad de la satisfacción con la anticipación de cuidados enfermeros requeridos en U.T.I.: los pacientes que no tenían dicha posibilidad presentaron una mayor satisfacción que quienes la tenían, lo cual resulta razonable porque los que tienen dicha posibilidad probablemente realicen una evaluación más minuciosa de su elección.

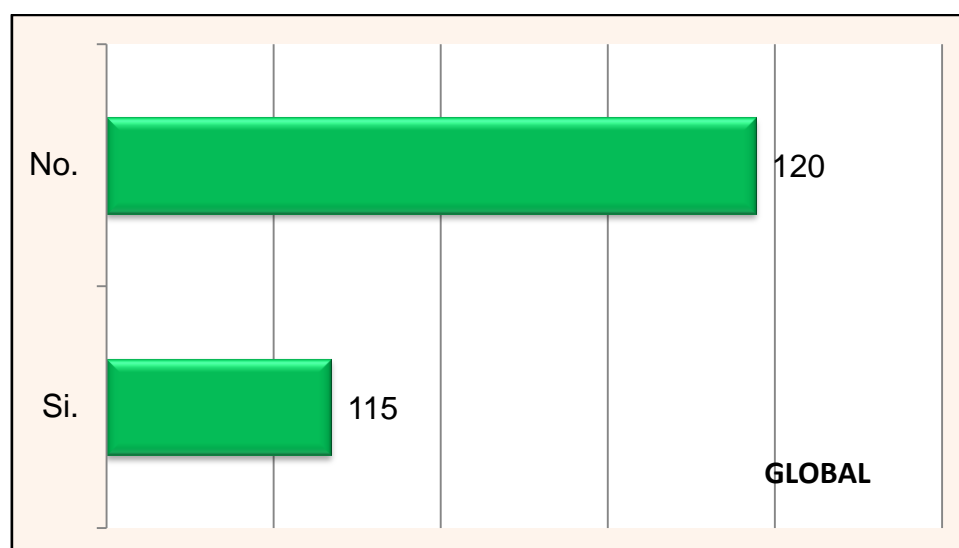
En cambio, para el resto de las dimensiones de la variable y la satisfacción global con los cuidados, las escasas diferencias encontradas entre las medias, según la posibilidad o no de elegir el lugar de internación, no resultan significativas desde un punto de vista estadístico ($p>0.05$).

Gráfico N° 35: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por Elección del lugar de internación.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Gráfico N° 36: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global por Elección del lugar de internación.



Fuente: Historias clínicas de 100 pacientes seleccionados. Elaboración propia. Marzo a junio del Año 2011.

Al observar los gráficos de comparación de medias se desprende que

las medias descienden en todas las dimensiones del grado de satisfacción de los pacientes, excepto en la dimensión “se anticipa” y en el grado de satisfacción global.

8.5) Resultados del Análisis Bi-variado

En cuanto al cruce de variables, se encontraron las siguientes relaciones:

- En el estudio al incorporar como variable independiente edad se observa una variabilidad del grado de satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos en U.T.I. y la satisfacción con accesibilidad percibida: a mayor edad, mayor es la satisfacción.
- El nivel de escolaridad también evidencia variabilidad con la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos en U.T.I.: las personas con estudios secundarios presentan mayor satisfacción que los que tienen otros niveles de instrucción formal.
- El lugar de internación posterior (vinculado a la patología existente) muestra la variabilidad de la satisfacción con la anticipación de cuidados enfermeros necesarios en U.T.I.: los pacientes cardiológicos o con una cirugía torácica presentaron mayor satisfacción lo cual resulta razonable por el tipo de patologías críticas asociadas a este tipo de especialidades.
- El motivo de internación en U.T.I. evidencia variabilidad con la satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería en U.T.I.: los pacientes internados por politraumatismos o monitoreos, con mayor probabilidad de estar conscientes (no intubados), presentaron mayor satisfacción que el resto (internados por sepsis, postquirúrgicos complicados o descompensaciones hemodinámicas en piso).
- La posibilidad de elegir el lugar de internación muestra la satisfacción con la anticipación de cuidados enfermeros requeridos en U.T.I.: los pacientes que no tenían dicha posibilidad presentaron una mayor satisfacción que quienes la tenían, lo cual resulta razonable porque los que tienen dicha posibilidad probablemente realicen una evaluación más minuciosa de su elección.
- Existe una tendencia respecto a que la satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería se vea explicada por la cantidad de veces que fue internado previamente en la misma U.T.I.: cuantas menos veces, más satisfecho está con este aspecto de los cuidados enfermeros. También existe una tendencia respecto a que la satisfacción el monitoreo y seguimiento realizado por el personal de enfermería se vea explicada por el tipo de cobertura que tienen los pacientes: los que tienen PAMI estuvieron más satisfechos que los que tenían otra obra social.

8.6) Discusión:

La característica de la muestra en estudio responde a los criterios de la población que es derivada para su atención en la U.T.I. Se observa que el mayor porcentaje de pacientes tienen menos de 50 años, lo que ratifica el uso de los criterios de internación en la U.T.I. son aplicados. Las patologías prevalentes en la muestra son de Neurología y Gastroenterología, (ver tabla N° 5 y gráfico N° 4) ambas especialidades que tienen prácticas de resolución quirúrgicas y necesitan contar con el recurso de cuidados críticos disponibles en la Institución. Esto se refleja también en los motivos que originan el uso de la U.T.I., encontrándose los mayores valores en necesidad de monitoreo y en postquirúrgicos complicados (ver tabla N° 8 y gráficos N° 7).

La relación de la utilización de las unidades de la U.T.I. por pacientes o llamado tasa de ocupación cama U.T.I. de 3 días / paciente, y en la muestra, el mayor porcentaje estuvo internado entre 2 y 6 días lo que lo acerca a los estándares de internación en la U.T.I., nacionales e internacionales.

La satisfacción en atención sanitaria se consigue cuando el usuario percibe que el servicio prestado supera sus expectativas⁹⁶. Algunos trabajos realizados en atención primaria y consultas externas han destacado entre otros, como atributos muy valorados por los pacientes, el “tiempo que se dedica a cada paciente” y la “espera para ser atendido”⁹⁷. Estos aspectos se observan en las estadísticas presentadas en las tablas y gráficos: cierta similitud con los resultados obtenidos, puesto que en U.T.I. los mayores índices de satisfacción fueron en relación: con el trato al atenderlo en medio de una situación difícil (tabla N° 20), con la aproximación de la enfermera para entablar una conversación (tabla N° 20), con la actitud de escucha y atención que brindó la enfermera cuando la requirió (tabla N° 20), con el modo de hablar de ésta al acercarse (tabla N° 20) y con el acercamiento que mantuvo durante la internación (tabla N° 20). Esto se afirma en los fundamentos de la ciencia de Enfermería, que solo se brinda una atención adecuada y oportuna cuando se lo considera y trata como un ser único y se respeta la opinión de ellos.

Se encontraron posibles áreas de mejora para aumentar la satisfacción de los pacientes que se evidencian en los valores de poca satisfacción encontrados en las respuestas a los ítems en *explica y facilita* (tabla N° 19), en los ítems de *conforta* (tabla N° 20) que señala la poca satisfacción con las acciones de brindar consuelo que ofrece enfermería. El diálogo es fuente principal para conocer al paciente y dar continuidad al tratamiento, para hacer un buen diagnóstico y

⁹⁶ Parasuraman A, Zeithaml V, Berry L. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. J Retailing 1988; 65:2-40.

⁹⁷ Mira JJ, Rodríguez-Marín RP, Ybarra J, Pérez-Jover J, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial 2002; 17:273-283.

así realizar los cuidados con calidad, además el informar y enseñar a cuidarse a sí mismo asegura la satisfacción del paciente y evita hospitalizaciones prevenibles.

La satisfacción global y específica de los usuarios fue **satisfactoria** con una media de 92,7 equivalentes al 65 % de satisfacción. Robles-García, en sus investigaciones avala "... que los usuarios son cada vez más exigentes; sus necesidades, expectativas e intereses son variables, crecientes y fluctuantes".⁹⁸

La importancia de tener en cuenta la edad del paciente a la hora de su atención en U.T.I., resulta congruente con los resultados obtenidos en otros estudios realizados por los investigadores Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, González Hernández J, Antolín Arias J, Hernández González R.⁹⁹ En el presente trabajo de investigación las personas de mayor edad se mostraron más satisfechas. Coincidentemente con lo descrito por Corbella A, Saturno P¹⁰⁰, que son los más jóvenes y de mayor representatividad, al evaluar los servicios de salud, son más críticos. De hecho, según los resultados presentados, los pacientes que no tenían la posibilidad de elegir el lugar de internación evidenciaron una mayor satisfacción que quienes la tenían, lo cual resulta razonable porque los que tienen dicha posibilidad probablemente realicen una evaluación más minuciosa de su elección.

El sexo de los pacientes también señala diferencias encontrando el grupo de mujeres con mayores valores de satisfacción, una media de satisfacción global de 96. Se contrapone a lo encontrado por Torres Contreras, C.: "Respecto al sexo, se observa que los hombres presentaron valoraciones del cuidado de enfermería más altas".¹⁰¹

En cambio, no se detectó en la bibliografía consultada la influencia encontrada en el nivel de escolaridad sobre la satisfacción con los cuidados enfermeros recibidos en U.T.I. Sería un dato a tener en cuenta para ofrecer una atención diferencial a los grupos menos satisfechos: primarios: media de satisfacción global de 85 y universitarios: con media de satisfacción global de 92. Relacionados ambos con el lenguaje utilizado por el personal de enfermería.

Otro hallazgo interesante es el hecho de que el lugar de internación posterior (vinculado a la patología existente) también explica la variabilidad de la satisfacción con la anticipación de cuidados enfermeros necesarios en U.T.I. Esto estaría mostrando que la mayor preocupación del personal por los pacientes cardiológicos o con una cirugía torácica se traduce en una mayor satisfacción

⁹⁸ Robles-García M, Dierssen T, Díaz LL et al. En busca de la excelencia: El perfil del paciente súper satisfecho. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 34-37.

⁹⁹ Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodríguez Palmero I, González Hernández J, Antolín Arias J, Hernández González R et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios. Rev Clínica Esp 2002; 202:629-634.

¹⁰⁰ Corbella A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud. Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General, 1990:397-9.

¹⁰¹ Sit. cit: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21385/22435>.

de éstos pero una mayor insatisfacción de los internados por otros motivos. Otros investigadores coinciden con el resultado de este trabajo, donde los pacientes cardiológicos refieren mayor satisfacción por los cuidados de enfermería cuando monitorea y hace seguimiento.

En cambio, el que el motivo de internación en U.T.I. explique la satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería resulta razonable ya que cuando éstos están conscientes (internados por politraumatismos o monitoreo) es más probable que valoren la proximidad y atención del personal que cuando no lo están (internados por sepsis, postquirúrgicos complicados o descompensaciones hemodinámicas en piso).

Se detecta una tendencia respecto a que la mayor satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería esté relacionada con cuantas menos veces haya estado internado en esa U.T.I., y la correspondiente a que la mayor la satisfacción el monitoreo y seguimiento realizados por el personal de enfermería esté vinculada a los usuarios de PAMI, deberían confirmarse en futuros estudios.

CAPÍTULO III: CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

9) Conclusiones:

Primera Conclusión:

Los resultados obtenidos describieron y permitieron mensurar el grado de satisfacción de los pacientes con respecto de los cuidados de enfermería que reciben en la U.T.I. del HCJSM, en el período de marzo a junio de 2011, encontrándose un Grado de satisfacción global **satisfactorio**, con una media global de 92,7(escala de 32 a 117), es decir 65% de satisfacción. Se destacan las dimensiones de **conforta** , con una media global de 25,7 (escala7 a 35) es decir 71 % de satisfacción global y **mantiene relación de confianza** con una media global de 13,0 (escala de 3 a 19), es decir 65% de satisfacción global destacándose como las acciones de enfermería que proporcionan mayor satisfacción a los pacientes.

Segunda conclusión:

La satisfacción del paciente es un indicador consistente y suficiente para la evaluación de la calidad de los servicios de salud, que aporta información valiosa acerca de cómo es vivido por el paciente el encuentro con el servicio de U.T.I. y la calidad de los cuidados de enfermería que recibió en él. Debe considerarse como un indicador necesario y deseable en la atención de la salud, y su contribución es esencial para la retroalimentación del Servicio en sus diferentes dimensiones al aportar datos sobre la aceptación individual y colectiva de los servicios que enfermería ofrece en la U.T.I. del HCJSM.

Tercera conclusión:

Las pautas de gestión enfermera pasan por tres particularidades que naturalmente surgen de la investigación realizada:

1.-Las política de Recursos Humanos es una gestión enfermera de ejecución permanente que, enfocada desde los resultados concretos como son las evaluaciones de los pacientes, presenta una cosmovisión distinta a la tradicionalmente empleada para evaluar problemas y soluciones que históricamente, toma como referencia las necesidades institucionales, el proceso en sí mismo y no tanto el grado de satisfacción respecto del protagonismo del consumidor.

2.-Es trascendente centralizar desde las instituciones, incluyendo los más altos niveles académicos, la mayor profesionalización de los recursos humanos enfermeros concurrente a las necesidades del paciente, con las finalidades superiores de: tener presente el grado de satisfacción de los consumidores de los servicios de salud, viendo que la ciudadanía hasta ahora, está un tanto ajena desoyéndose sus propias expectativas y también, olvidando que son quienes

proveen los recursos financieros que insume el sistema sanitario; y organizar la demanda individual de capacitación mediante oferta de actividades académicas, conducentes a obtener un potencial humano coherentemente orientado en su capacitación individual, que potencie el alto valor global de los recursos humanos enfermeros.

Cuarta conclusión:

La tarea investigativa arrojó como resultados de mayor significación a la gestión enfermera lo relacionado con las dimensiones *conforta y se anticipa*, fundamentales para definir las pautas conducentes a la mejoras inmediatas a lograr. Ambas dimensiones fueron las que recibieron los índices de mayor satisfacción, mientras que las dimensiones de ***monitorea y hace seguimiento***, con una media global de 16,5 (escala 3 a 23), es decir 59% de satisfacción y ***explica y facilita***, con una media de 9,9 (escala de 1 a 14), equivalente al 61% de satisfacción global fueron las calificadas como de menor satisfacción.

Las calificadas positivamente, revelan que los recursos humanos enfermeros actuales, poseen como virtudes destacables, la solidez de los conocimientos y probada experiencia profesional, mientras que las menos favorecidas, señalan la ausencia de proporción entre los recursos humanos profesionales disponibles y las necesidades de personal por turno de trabajo, que son escasos para la demanda de atención.

Esta conclusión recibe el aporte informado en esta investigación, relacionado con las mayores exigencias para alcanzar la satisfacción esperada por la ciudadanía joven y cultura media, que demandan del personal de enfermería tacto, conductas de cercanía y comprensión, junto a capacidad de comunicación adecuada para con estos pacientes que en plena edad productiva pasan por la experiencia de la U.T.I.

10) Reflexiones:

Estas reflexiones surgen de los resultados obtenidos del conjunto de todos los instrumentos de evaluación de la calidad asistencial empleados para la elaboración de la tesis.

Es inobjetable que el éxito de la gestión administradora, tendiente a resolver progresiva y definitivamente las cíclicas crisis asistenciales, por las que repetidamente transita la enfermería hospitalaria ha quedado definido que la solución es solo posible, invirtiendo importantes esfuerzo en los campos de recursos humanos de la medicina en general y de la enfermería en particular, donde invariablemente la promoción profesional institucionalizada de enfermería es el factor de éxito.

Entre las principales reflexiones relacionadas con las conclusiones que sirven de fundamento, esta investigación señala como más adecuadas las siguientes:

a.- Crear un órgano de promoción de los recursos humanos enfermeros que, a partir del valor humano del paciente, como consumidor de los servicios de recuperación de la salud, entienda en todo lo concerniente con los órganos de gestión siguientes que le dependerán. Integra esta propuesta la captación del interés individual de quienes no integran el plantel de la U.T.I., pero que capacitados, con independencia de su pertenencia a otros departamentos, cubran los déficits de personal que cíclicamente entorpecen la gestión enfermera y afiancen las expectativas de la ciudadanía a satisfacer por las instituciones dedicadas al quehacer de la salud.

b.- Desarrollar un órgano de planificación de promoción profesional de los recursos humanos enfermeros actuales, estimulando la alta calidad profesional y proyectándolos hacia las necesidades de la demanda global, evitando la dispersión de especialistas que abundan en algunas y faltan en otras, definiendo los planes para cada curso orientado a la formación del enfermero rotante, como para el enfermero de crisis de alta intensidad (eventuales, pero de ocurrencia probada en los hechos como los de la AMIA, Cromagnón, Once). En esta última necesidad, ella también está presente en la expectativa del ciudadano consumidor.

c.- Crear un órgano académico y de habilitación profesional, que:

i) Mantenga el relevamiento actualizado de los recursos humanos enfermeros, atendiendo en particular capacitaciones y experiencias profesionales.

ii) Programe cursos para nivelar capacitaciones priorizando el perfil del supervisor evaluando la gestión desde los resultados más que del lado de las necesi-

dades institucionales; y en el enfermero, como enfermero rotante

iii) Adecuadamente logrado los dos objetivos anteriores enunciados como propuestas, se conduzca a los recursos enfermeros hacia la capacitación de la enfermería para crisis de alta intensidad.

e.-Censar a los profesionales de enfermería para completar la información respecto de recursos humanos enfermeros, despejando las necesidades de capacitación inmediata y permita la programación estratégica centralizada de capacitación para los plazos subsiguientes.

d.-En el seno de ese organismo centralizador, agregar una dependencia, facultada para:

i) Auditar ejerciendo las funciones particulares de los colegios profesionales.

ii) Habilitar periódicamente a cada profesional de la enfermería para ejercerla por plazos renovables según los criterios estratégicos que a ese fin sean establecidos.

iii) Interactuar con el órgano de capacitación profesional, en todo lo relacionado con

* la satisfacción expresada por los otros departamentos vinculado con la unidad de cuidados intensivos como órgano proveedor;

* y en modo particular, establecer las pautas y llevar adelante encuestas de satisfacción de los pacientes, considerados como un todo y asimilado a un órgano de consumo.

f.- Organizar un equipo de profesionales de enfermería destacados, para desempeñar cargos dentro de la estructura del órgano de promoción de los recursos humanos de enfermería, como docentes e investigadores en los cursos de especialización como enfermero rotante, como enfermero de crisis de alta intensidad y de actualización periódica.

Los contenidos de un programa de capacitación del Recurso de enfermería debe contener: Programación Neuro-lingüística (PNL), Comunicación interpersonal, Resolución de conflictos, Procesos y resultados en enfermería, Salud pública, Epidemiología, Investigación en enfermería.

g.- Constituir un órgano de control de resultados, que tenga como funciones principales, las de programar las evaluaciones parciales y finales de cada actividad académica, preparar y recabar informes de satisfacción de los departamentos que interdisciplinariamente actúan con la U.T.I., y de los pacientes como consumidores, y trabajar activamente con el órgano de planificación para la promoción de los recursos humanos de enfermería aportando informes de resultados de gestión.

11) Bibliografía

11.1) Bibliografía general:

- *Alfaro-Lefevre, R. (2000). Aplicación del proceso enfermero. 5^o Edición. España. Editorial. Springer.
- *Álvarez Baza, MC. y col. (2007). Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional. *Revista de Calidad Asistencial Volumen 22, Issue 5. España.*
- *Azcárate, M. (2007). Propuestas para mejorar la atención de pacientes terminales. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Bs. As.
- *Corrella J. M. (1992). La gestión de servicios de salud. 5^o edición. Madrid. Editorial Díaz Santos.
- *Esteban, A. y Martín, C. (2003). Manual de cuidados Intensivos para Enfermería. 1^o ed. Barcelona. Editorial Masson.
- *Gallesio, A. (2001). Gestión y Control de Calidad en Cuidados Intensivos. Terapia Intensiva. SATI. 3^a Edición. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Sección XV. Calidad. Ed. Panamericana.
- *Gerson, R. (1994). Cómo medir la satisfacción del cliente. México. Grupo editorial Iberoamericano.
- *Gilmore, C. y de Moraes Novaes, H. (1996). Manual de Gerencia de la Calidad. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg,
- *Healy S. (1988). Health Care Quality Assurance. Terminology. *Int. J. Health Care Quality Assurance*. 1: 20-31. Pensylvania. Ed.Science.
- *Hoyt, J.; Harvey, M.; Axon, D. (1997). Unidad de Terapia Intensiva: recomendaciones y estándares para su diseño. Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Shoemaker, Ayres, Grenvik, Holbrook. 3^a Edición. Sección 1: Introducción. Ed. Panamericana.
- *Jims, A. y col. (2003). Manual de Enfermería en cuidados Intensivos. 7^o edición. España. Ed. Técnica – Prayma.
- *Juran, J.M: y Gryna, F.M. (1995) Análisis y Planificación de la calidad. 3^o edición. México. Mc Graw Hills
- *Knaus, W.A., Draper, E.A, Wagner D.P, Zimmerman J.E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*.10:818-29.
- * Le Gall, J-R, Leirat, P, Alperovich, A, et al. (1984). A simplified acute physiology scores for ICU patients. *Crit Care Med*. 12:975- 977.
- *Lemus, J.D.; Aragües y Oroz V. y Col.:
- (2006). Auditoría Médica y Profesional Integral. La calidad de la atención en los servicios de salud. 1^a ed. Rosario. Corpus.
 - (2007). Investigación en sistemas y servicios de salud. 1^a ed. Rosario. Corpus.
- *Lemus, J.D y Colaboradores:
- (2005). Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de Salud. Argentina. Cides.
 - (2009). Salud pública, sistemas y servicios de salud. Ciudad de Buenos

Aires. Cides.

*Pérgola, F. y Sanguinetti, F. (1998). *Historia del Hospital de Clínicas*. Buenos Aires. Ediciones Argentinas.

*Petrachi, M. (2005). *Calidad en la atención de la salud*. Bogotá. Ed. Cedes.

*Phaneuf, M. (1999). *La planificación de los Cuidados enfermeros*. México. Editorial Mc. Graw Hill Interamericana.

*Rico, R. (2005). *Calidad estratégica total*. 7º edición. México. Editorial Macchi.

*Rodrigo, L. (2001). *De la Teoría a la Práctica en el pensamiento de Virginia Henderson*. 2º edición. España. Editorial Masson.

*Romano Yalour, M. y Tobar, F. (1999). *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?* 2º ed. Buenos Aires. Isalud.

*Sampieri Hernández, R. y otros. (2010). *Metodología de la Investigación*. 3ª Edición. México. Mc.Graw –Hill Interamericana.

*Sousa Díaz, G. *Curarse en la Argentina es una odisea para el paciente*. Diario Clarín. Edición impresa. (2010).

*Vuori, H.V. (1996). *El control de calidad en los servicios de salud*. México. Editorial Masson.

*Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

- (2001). *Terapia Intensiva*. 3º Edición. Ed. Panamericana.

- (2008). *Terapia Intensiva*. 4º Edición. Ed. Panamericana.

11.2) Sitios web consultados:

*[http:// www.aquichan.unisabana.edu.co/](http://www.aquichan.unisabana.edu.co/).

Index. php/

◦ Bautista R, L.M. (2008). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE. Francisco Paula de Santander. Universidad de la Sabana. Colombia.*

◦ Larson, P. (1981). *Percepciones del cuidado de pacientes con cáncer por enfermeras oncológicas [tesis doctoral]. San Francisco. Universidad de California.*

*[http:// www.med.unne.edu.ar/](http://www.med.unne.edu.ar/).

revista/ revista195/2_195.pdf

◦ Galeano, H. (2006) *Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico: Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Cátedra Enfermería Materno-infantil de la Universidad del Nordeste. Corrientes. Argentina.*

cátedras/aps/clases/28_calidad.pdf.

◦ Williams, Gl. (2005). *Calidad de los Servicios de Salud. Buenos Aires.*

*[http:// www.gerenciasalud.com/](http://www.gerenciasalud.com/).

◦ art04.htm. Donabedian, A. (1992). *Calidad en salud y calidad de la atención.*

◦ art236.htm. Vasquez, P. (2002). *Personal: Talento humano. Salud Pública Argentina.*

*[http:// www.scielo.isciii.es/](http://www.scielo.isciii.es/).

◦ *Barbosa de Pinho, L. (2006) Significado y percepciones sobre el cuidado de Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. Santa Caterina. Brasil.*

◦ Heredia, A.M. (1998). *Teoría de Virginia Henderson: Construcción teórica de la enfermería.*

*<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/?pos=140>. Ariza Olarte, C. (2004). *Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el Paciente Cardíaco. Facultad de Enfermería Hospital Universitario de San Ignacio. Bogotá- Colombia.*

*<http://www.legisalud.gov.ar/>. *Legislación en Salud de la República Argentina. Ministerio de Salud. (2010).*

*http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=66.249.71.2. Crespo Rivera, K. (1995). *Estudio sobre las necesidades y grado de satisfacción de los clientes de una unidad de hemodiálisis. La calidad como meta. Hospital de Cabueñes. Asturias. España.*

*<http://www.scielo.br/scielo.php?...11692002000200003>. Silva Carvalho Vila, V. (2002) *O Significado do cuidado humanizado em unidade de Terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. Brasil.*

*http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxiv1_8.pdf. Sierra Herrera, M.T. (2006). *Percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá DC. Colombia.*

- *<http://www.posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/9-13.pdf>. Chan Cabrera, R. (2007) *Calidad asistencial en la unidad de cuidados intensivos coronarias del Hospital Militar Central*. Perú.
- *<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/.../tesis12.pdf>. Morales González, C.G. (2009). *Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de Urgencias frente a la atención de enfermería en una Institución de Primer nivel de atención en Mistrato Risalba*. Bogotá- Colombia.
- *<http://www.slideshare.net/.../sustentacin-reformada4> - Estados Unidos. Ramírez Perdomo, C.A. (2009). *Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos del hospital universitario Hernando Moncaleano de Neiva*. Brasil.
- *http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art05_visitas.pdf. Morrone, B. (1998). *Evaluación de la calidad de la atención de enfermería en un servicio de Obstetricia*. La Plata. Bs. As.
- *[http://www.calidadensalud.org.ar/Biblioteca/DR.%20GUPPY.pp.Cahps,H.\(2002\)](http://www.calidadensalud.org.ar/Biblioteca/DR.%20GUPPY.pp.Cahps,H.(2002))). *Evaluación de satisfacción de la calidad con la atención de un plan de salud: calificación de los cuidados de enfermería*. Argentina
- *<http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729...script=sci>. Gómez, B. R. (2006) *Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería*. Argentina
- *<http://www.who.int/OMS>: Definición de paciente-cliente
- *http://www.san.gva.es/hguv/descargas/quiosco/calidad_generalidade. Torregrosa, R. (2005). *La calidad en los servicios sanitarios. Calidad concepto y generalidades*.
- *<http://www.unbosque.edu.co/>. OPS. (1996) Estudio piloto de la validación del cuestionario Care-Q. Fundación W.K. Kellog,
- *<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/.../Tesis12.pdf>. OPS. (1996). Estudio piloto de la validación del cuestionario CARE-Q.
- *<http://www.scielo> 213725. Larson, P. (1981). *Caring assemment Instrument: CARE-Q*. EE.UU.
- *<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>. PAHO. (2001). *Calidad de los servicios de Salud*.
- *<http://www.who.int/>
- *<http://www.gestiopolis.com/.../la-calidad-historia-conceptos-y-terminos-asociados.htm>. Rojas Ramos, D. (2007). *La calidad, su evolución histórica y algunos conceptos y términos*.
- *http://www.iner.salud.gob.mx/descargas/ARCAL/.../historia_calidad.pdf. Cruz Ramírez, J. (2003). *Historia de la calidad en Excelencia*. México.
- *http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/47_48_13.pdf Sierra Talamantes, C. y otros. (2009). *Elaboración de un cuestionario para medir la calidad con los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos cardiológicas desde la percepción del paciente*. Rev. Enfermería en Cardiología N° 47-48 / 2° - 3° cuatrimestre 2009. Valencia. España.
- *<http://www.capasitio.com/material/umaepedi/cg/satisfaccion.ppt>. Villegas, J. y Andonaegui, R. (2006). *Calidad de la atención asistencial. La satisfacción del usuario*. Colombia.

*<http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21385/22435>. Torres Contreras, C. (2009). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Colombia.

12) Anexos:

12.1) Instrumento.

***Encuesta de Satisfacción a pacientes de U.T.I. sobre la Calidad de los
Cuidados Enfermeros***

1.- Datos de clasificación:

(Estos datos se obtendrán de la historia clínica del paciente)

1.-1.-Características socio-demográficas de los pacientes:

1. Edad: () en años.

2. Sexo: () V () M

3. Nivel de escolaridad:

() primario () primario incompleto () secundario

() secundario incompleto () terciario () universitario

() universitario incompleto () sin escolaridad.

4. icio en cual se encuentra actualmente:

() clínica general () neumonología () neurología

() ginecología-obstetricia () cardiología () traumatología

() urología () gastroenterología () otorrinología

() trasplante de médula () trasplante hepático () inmunología

() cirugía vascular () cirugía torácica () oncología

5. Posee acompañante durante la internación: () si () no

6. Tipo de cobertura que posee:

- obra social PAMI prepaga
 particular sin cobertura

1.-2.- Motivo de internación en Terapia Intensiva:

7. Motivo de internación en U.T.I.:

- politraumatismo
 post- quirúrgico complicado
 sepsis
 por monitoreo
 descompensación hemodinámica en piso

8. Cantidad de días de estadía en U.T.I.:

- 2 días 3 días
 4 días 5 días
 6 días entre 7 y 10 días
 entre 11 y 15 días entre 16 y 30 días
 entre 31 y 60 días entre 61 y 90 días
 más de 91 días.

9. Anterior internación en U.T.I. del HCJSM:

- una vez
 menos de tres
 más de tres veces

10. Posibilidad de elección del lugar de internación: si no

2.-Acciones de Enfermería:

Estimado Señor/ra:

Durante su estadía en la U.T.I. del HCJSM, recibió cuidados de salud otorgados por el personal de enfermería. Estamos realizando una Encuesta a aquellos pacientes que puedan y deseen contestar a una serie de preguntas sobre el grado de satisfacción que tienen sobre la calidad de esos cuidados recibidos. Las respuestas serán utilizadas para mejorar aspectos de la atención que brinda Enfermería a los pacientes críticos. Sus respuestas serán anónimas, y solo se usaran para este fin.

A continuación le leeremos preguntas y usted deberá responder lo que considere oportuno, según la escala que le ofrecemos.

Agradecemos su colaboración y el tiempo que nos brinda, para contribuir a que el personal de enfermería de U.T.I., mejore en su servicio profesional.

Escala de respuestas:

aS. : altamente Satisfecho.

bS. : bastante Satisfecho.

S. : Satisfecho.

pS. : poco satisfecho.

nS. : nada satisfecho.

Ns/ Nc.: No sabe/No contesta.

2.-	1.-Accesibilidad:	aS.	bS.	S.	pS.	nS.	Ns/Nc.
2.1.	1.-Cuando la enfermera se aproximó a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor, usted se sintió:						
2.1.	2.-Cuando la enfermera se acercó a usted con frecuencia para verificar su estado de salud ,usted se sintió:						
2.1.	3.-Cuando la enfermera respondió cada vez que necesitó llamarla, usted se sintió:						
2.-	2.- Explica y facilita:						
2.2.	1.Cuando la enfermera le informó sobre los grupos de ayuda para el control y seguimiento de su enfermedad, Usted se sintió:						
2.2.	2.Cuando la enfermera le enseñó cómo cuidarse a sí mismo, Usted se sintió:						
2.2.	3.Cuando la enfermera le sugirió preguntas						

	para que formule a su doctor cuando lo necesite, Usted se sintió:						
2.2.	4.Cuando la enfermera fue honesta con usted en cuanto a su condición de salud, Usted se sintió.						
2.-	3.Conforta:						
2.3.	1.Cuando la enfermera probó diversas técnicas para que pudiera descansar cómodamente, Usted se sintió:						
2.3.	2. Cuando la enfermera lo motivó a identificar los elementos que lo inquietaban, Usted se sintió:						
2.3.	3.El trato que uso la enfermera al atenderlo en medio de una situación difícil lo hizo sentir:						
2.3.	4.La actitud tranquila y serena de la enfermera lo hizo sentir:						
2.3.	5.Cuando la enfermera se acercó a usted para entablar una conversación, lo hizo sentir:						
2.3	6.Las veces que la enfermera estableció contacto físico cuando usted necesitaba consuelo, lo hizo sentir:						
2.3.	7.La actitud de escucha y atención que le brindó la enfermera cuando usted la requirió lo hizo sentir:						
2.3.	8.El modo de hablar que la enfermera uso toda vez que se acerco a usted, le hizo sentirse:						
2.3.	9.Cuando la enfermera involucró a su familia en su cuidado, usted se sintió:						
2.	4. Se anticipa:						
2.4.	1.Cuando estaba agobiado por su enfermedad la enfermera acordó con usted un nuevo modo de cuidado y usted se sintió:						
2.4.	2.Cada vez que vio a la enfermera pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud, Usted se sintió:						
2.4.	3.El interés que mantuvo la enfermera en usted aunque haya pasado por una crisis o fase crítica en su salud, lo hizo sentir:						
2.4.	4.El momento que eligió la enfermera para hablarle sobre los cambios en su situación de salud, lo hizo sentir :						
2.4.	5.Cuando la enfermera estuvo con usted						

	realizándole algún procedimiento se concentró única y exclusivamente en usted y lo hizo sentir.						
2.4.	6.Cuando la enfermera le ayudó a establecer metas razonables, usted se sintió:						
2.4.	7.Toda vez que la enfermera concilió con usted antes de iniciar un procedimiento o una intervención, usted se sintió:						
2.	5.-Mantiene relación de confianza:						
2.5.	1.Cuando la enfermera lo incluyó, siempre que fue posible en la planificación y manejo de su cuidado, usted se sintió:						
2.5.	2.Cada vez que la enfermera le permitió expresar totalmente sus sentimientos sobre su enfermedad y tratamiento, usted se sintió:						
2.5.	3.Cada vez que la enfermera lo identificó y lo trató como una persona individual, usted se sintió:						
2.5.	4.El acercamiento que la enfermera mantuvo con usted, lo hizo sentir:						
2.5.	5.Cuando la enfermera se presentaba e identificaba, lo hizo sentir:						
2.	6. Monitorea y hace seguimiento:						
2.6.	1.Cuando la enfermera le realizaba procedimientos y verificaba su cumplimiento, usted se sintió:						
2.6.	2 Al ver a la enfermera como se organizaba en relación a su trabajo, usted se sentía:						
2.6.	3.La seguridad y calma de la enfermera a proporcionarle cuidados ,lo hizo sentir:						
2.6.	4.Cuando la enfermera identifico que era necesario llamar al médico, usted se sintió:						
2.6.	5.Cuando la enfermera le preguntaba datos sobre su estado, le hizo sentir:						
2.6.	6.La frecuencia con que enfermera lo controlaba y evaluaba después de superar su estado crítico, lo hizo sentir:						
2.6	7.La actitud con que la enfermera se acercaba a evaluarlo, lo hizo sentir:						

12.2) Lista de Tablas.

TABLAS	Página
Tabla N° 1: Criterio de agrupación de resultados de Dimensiones de cuidados de enfermería. (Escala en puntajes obtenidos).	65
Tabla N° 2: Grupo etario de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	67
Tabla N° 3: Sexo de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	68
Tabla N° 4: Nivel de escolaridad de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	69
Tabla N° 5: Servicio en el cual se encontraban internados los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	70
Tabla N° 6: Presencia de acompañante durante la internación de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	72
Tabla N° 7: Tipo de cobertura que poseen los pacientes encuestados, en porcentajes.	73
Tabla N° 8: Motivo de internación en U.T.I. de los pacientes encuestados, en porcentajes.	74
Tabla N° 9: Cantidad de días de internación en U.T.I. de los pacientes encuestados, en porcentajes.	75
Tabla N° 10: Internaciones previas en la U.T.I. del HCJSM de los pacientes encuestados, en porcentajes.	77
Tabla N° 11: Posibilidad de elección del lugar de internación de los pacientes encuestados, en porcentajes.	78
Tabla N° 12: Estadísticos de la escala.	79
Tabla N° 13: Estadísticos de resumen de los elementos.	79
Tabla N° 14: Estadísticos de fiabilidad.	80
Tabla N° 15: Tabla de Anova.	80
Tabla N° 16: Alfa de Cronbach por Dimensiones de cuidados de enfermería.	81
Tabla N° 17: Tabla resumen estadístico de grado satisfacción.	81
Tabla N° 18: Satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en	82

U.T.I., en porcentajes.

Tabla N° 19: Satisfacción con las explicaciones y facilidades brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	83
Tabla N° 20: Satisfacción con las acciones para confortarlo brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	85
Tabla N° 21: Satisfacción con la anticipación del personal de enfermería durante la atención brindada que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	87
Tabla N° 22: Satisfacción con la relación de confianza establecida por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	89
Tabla N° 23: Satisfacción con el monitoreo y seguimiento realizados por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	91
Tabla N° 24: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según su edad.	97
Tabla N° 25: Informe de medidas descriptivas y tabla de Anova y eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según su sexo.	101
Tabla N° 26: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según escolaridad.	105
Tabla N° 27: Medidas descriptivas y tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según el servicio en el cual se encuentra actualmente.	109
Tabla N° 28: Informe de medidas descriptivas , tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según presencia de acompañante durante la internación.	114
Tabla N° 29: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según el tipo de cobertura que posee.	118

Tabla N° 30: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según el motivo de internación en U.T.I.	121
Tabla N° 31: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según la cantidad de días de estadía en U.T.I.	125
Tabla N° 32: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según la existencia de una internación anterior en la U.T.I. del HCJSM.	129
Tabla N° 33: Informe de medidas descriptivas, tabla de Anova y medidas de asociación Eta de la satisfacción con la calidad de los cuidados enfermeros en U.T.I. y sus dimensiones que poseen los pacientes encuestados, según la posibilidad de elección del lugar de internación.	131

12.3) Lista de Gráficos

GRÁFICOS	Página
Gráfico N° 1: Grupo etario de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	77
Gráfico N° 2: Sexo de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	68
Gráfico N° 3: Nivel de escolaridad de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	69
Gráfico N° 4: Servicio en el cual se encontraban internados los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	70
Gráfico N° 5: Presencia de acompañante durante la internación de los pacientes encuestados luego de su internación en U.T.I., en porcentajes.	72
Gráfico N° 6: Tipo de cobertura que poseen los pacientes encuestados, en porcentajes.	73
Gráfico N° 7: Motivo de internación en U.T.I. de los pacientes encuestados, en porcentajes.	74
Gráfico N° 8: Cantidad de días de internación en U.T.I. de los pacientes encuestados, en porcentajes.	75
Gráfico N° 9: Internaciones previas en la U.T.I. del HCJSM de los pacientes encuestados, en porcentajes.	77
Gráfico N° 10: Posibilidad de elección del lugar de internación de los pacientes encuestados, en porcentajes.	78
Gráfico N° 11: Satisfacción con la accesibilidad del personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	82
Gráfico N° 12: Satisfacción con las explicaciones y facilidades brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	84
Gráfico N° 13: Satisfacción con las acciones para confortarlo brindadas por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	86
Gráfico N° 14: Satisfacción con la anticipación del personal de enfermería durante la atención brindada que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	88

Gráfico N° 15: Satisfacción con la relación de confianza establecida por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	90
Gráfico N° 16: Satisfacción con el monitoreo y seguimiento realizados por el personal de enfermería que poseen los pacientes encuestados en relación a su internación en U.T.I., en porcentajes.	92
Gráfico N° 17: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones del grado de satisfacción según edad.	99
Gráfico N° 18: Comparaciones de medias del grado de Satisfacción global según edad.	99
Gráfico N°19: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por del grado de satisfacción según sexo.	103
Gráfico N° 20: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global de pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados de enfermeros, según sexo.	103
Gráfico N° 21: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por del grado de satisfacción según escolaridad.	107
Gráfico N° 22: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global de pacientes de U.T.I. sobre la calidad de los cuidados enfermeros según escolaridad.	107
Gráfico N° 23: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según el servicio en el cual se encuentra actualmente.	112
Gráfico N° 24: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global según el servicio en el cual se encuentra actualmente.	113
Gráfico N° 25: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según posea acompañante.	116
Gráfico N° 26: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global por posee acompañante.	116
Gráfico N° 27: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según tipo de cobertura.	120
Gráfico N° 28: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global según tipo de cobertura.	120
Gráfico N° 29: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por Motivo de internación.	123
Gráfico N° 30: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global por Motivo de internación.	123

Gráfico N° 31: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones según cantidad de días de internación en U.T.I.	127
Gráfico N° 32: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global según cantidad de días de internación en U.T.I.	127
Gráfico N° 33: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por existencia de una internación anterior en U.T.I.	131
Gráfico N° 34: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global por existencia de anterior internación en U.T.I.	131
Gráfico N° 35: Comparaciones de medias de las distintas dimensiones por Elección del lugar de internación.	135
Gráfico N° 36: Comparaciones de medias de grado de satisfacción global por Elección del lugar de internación.	135

13) Glosario de Términos Específicos¹⁰².

. Alpha de Cronbach: método estadística para el análisis de la consistencia interna del cuestionario en la población de estudio.

. ANOVA: se llama Análisis factorial de Varianza. Es una prueba estadística para evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente.

. Care-Q: (Calidad de los Cuidados): instrumento de evaluación que contiene 50 conductas de atención de enfermería que permiten al usuario, mediante escala análoga, determinar los comportamientos que perciben importantes para sentirse satisfechos frente al cuidado del personal de enfermería.

. Cuidado de enfermería: acciones intencionales que transmiten un cuidado físico y las intenciones emocionales de brindar al paciente sentido de confianza y seguridad, realizadas por un profesional de la enfermería.

. Escala tipo Likert: es un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos a los que se les administra. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide a la persona que externar su reacción eligiendo alguno de los una escala. A cada punto se le asigna un valor numérico.

. Eta y Eta cuadrado: son medidas de asociación: analizan las relaciones de la variable dependiente dentro de las categorías de la independiente. Si son idénticas, eta es igual a 0. Cuando son muy diferentes y las varianzas son pequeñas, eta puede incrementarse hasta 1.

.. Desviación típica: (Desv. tip.) es la raíz cuadrada de la varianza como signo positivo.

.. Fiabilidad. Grado de consistencia con que un instrumento mide un concepto; tres tipos de fiabilidad son estabilidad, equivalencia y homogeneidad.

. Grado de satisfacción: se entenderá como el grado de conformidad que tiene el paciente teniendo en cuenta los aspectos técnicos e interpersonales que le presta el personal de enfermería.

. Gráfico: representación de datos numéricos o de relaciones de orden en imágenes o dibujos.

. Hipótesis: afirmación formal de la relación que se espera que haya entre dos o más variables en una población determinada.

. Máximo: es el valor dentro del intervalo que obtiene el puntaje más alto de lo observado.

. Media: es la medida de tendencia central más utilizada y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución. Es la suma de todos los valores dividida por el número de casos.

¹⁰² Definiciones estadísticas extraídas de la bibliografía de consulta.

- . Mínimo: es el valor dentro de la función que obtiene el menor puntaje de observaciones.
- . Muestra: es un subgrupo de la población, un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población.
- . Nivel de significancia: (sig.) es un valor de certeza que fija el investigador “a priori”. De certeza respecto a no equivocarse, representa áreas de riesgo o confianza en una distribución muestral.
- . Paciente-usuario: persona que recibe los cuidados de enfermería en la U.T.I.
- . Población: conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones.
- . Satisfacción del paciente: es la complacencia que manifiesta el paciente con el servicio de salud que recibe.
- . SPSS: (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales): Es un sistema integrado de programas para computadora diseñado para el análisis de datos.
- . Tabla: es la organización de textos, números e incluso imágenes en columnas y filas.
- . Unidad de análisis: quienes van a ser medidos en una investigación.
- . Unidad de Terapia Intensiva: servicio organizado de recursos humanos, materiales, tecnológicos, y financieros que realiza procesos de cuidados de salud inmediatos e indispensables a personas en grave estado.
- . Variable: es una propiedad que puede variar (adquirir diversos valores) y cuya variación es susceptible de medirse.
- . Explica y facilita: son los cuidados que hace el profesional de enfermería, para dar a conocer al usuario, aspectos que son desconocidos o para entender su enfermedad, brindando información en forma clara.
- . Conforta: son los cuidados que el profesional de enfermería realiza, a fin de que el paciente de U.T.I., se sienta cómodo en un entorno que favorezca el bienestar.
- . Se anticipa: son los cuidados de enfermería que tienen en cuenta las necesidades del usuario con el fin de prevenir complicaciones.
- . Mantiene relación de confianza: son las acciones que realiza el profesional de U.T.I., para que el paciente tenga empatía con ellos. Están dirigidas en pro de su recuperación al hacerlo sentir como persona única, confiada, serena; tiene relación con la cercanía y presencia física del personal de enfermería hacia el paciente.
- . Monitorea y hace seguimiento: son las acciones de supervisión que realiza enfermería de U.T.I. a sus pacientes, para garantizar la calidad del cuidado,

teniendo en cuenta que el enfermero debe conocer a cada paciente, tener dominio de conocimientos científico – técnico y de los procedimientos que realiza para su recuperación.

. Varianza: fluctuación o variabilidad promedio de un determinado valor de la población.

Firma y aclaración del alumno: *Nancy Viviana Segura* Nancy Viviana Segura

Firma y aclaración del Director o Tutor: *AB* BONFIL ALBERTO RICARDO

Firma y aclaración del Director de la Carrera:

Firma y aclaración del Secretario Académico: